

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSTGRADO**

**Impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de  
mortalidad materna en el Perú del año 2002 al 2006**

**TESIS**

**para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud**

**AUTORA**

**Sabrina Ynés Morales Alvarado**

**Lima – Perú**

**2009**

***“A Jesús por María”***

*A mis queridos padres, Hortencia y Ricardo,  
Al Dr. Herman Vildózola Gonzales, mi asesor, gran maestro y guía,  
A la Sra. Ruth Almazá por su invalorable apoyo,  
A Napoleón, mi compañero de todo, de siempre.*

## ÍNDICE

	Nº Página
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	10
1.4 OBJETIVOS	10
1.5 HIPÓTESIS	10
1.6 VARIABLES	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
2.2 BASES TEÓRICAS	12
CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO: MATERIALES Y MÉTODOS	28
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO	28
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	28
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	28
3.4 MARCO MUESTRAL	28
3.5 UNIDAD DE MUESTREO	28
3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	30
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	48
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
CAPÍTULO IX: ANEXOS	52
Anexo 1. Carta solicitando información estadística al Ministerio de salud	
Anexo 2. Respuestas enviadas por correo electrónico de oficina de estadística de MINSA	
Anexo 3. Respuestas enviadas por correo electrónico del SIS	

## **RESUMEN**

### **Objetivo:**

Determinar el impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú del año 2002 al 2006.

### **Materiales y métodos:**

Estudio observacional, descriptivo, correlacional, utilizando la base de datos del Ministerio de Salud y del Sistema Integral de Salud (SIS), del año 2002 al 2006 sobre los indicadores de mortalidad materna en el Perú. Los datos se procesaron empleando el programa estadístico SPSS versión 2005.

### **Resultados:**

Los resultados demuestran que la intervención del Sistema integral de Salud no ha tenido impacto en la reducción de la mortalidad materna en el Perú entre los años 2002 al 2006.

### **Conclusiones:**

El Sistema Integral de Salud no ha tenido impacto sobre la reducción de la tasa de mortalidad materna en el Perú del año 2002 al 2006.

La mortalidad materna en el Perú ha seguido teniendo las mismas causas y la asistencia del parto las mismas barreras para su atención oportuna.

### **Palabras claves:**

Mortalidad materna, Sistema integral de salud, impacto.

## **ABSTRACT**

### **Objective:**

To determine the impact of the Integral System of Health on the rate of maternal mortality in Peru from 2002 to 2006.

### **Material and methods:**

Observacional, descriptively, correlacional study, using the database of the Department of Health and of the Integral System of Health (SIS), from 2002 to 2006 on the indicators of maternal mortality in Peru. The information was tried using the statistical program SPSS version 2005.

### **Results:**

The results demonstrate that the intervention of the Integral System of Health has not had impact in the reduction of the maternal mortality in Peru between of 2002 to 2006.

### **Conclusions:**

The Integral System of Health has not had impact on the reduction of the rate of mother mortality in Peru from 2002 to 2006.

Maternal mortality in Peru has continued having the same reasons and the assistance of the childbirth the same barriers for its opportune attention.

### **Key works:**

Maternal mortality, Integral system of health, impact.

## INTRODUCCIÓN

La Salud materna y perinatal constituye un importante indicador no solo de las condiciones de desarrollo de un país, sino también de la situación que enfrenta su sector salud, siendo en Perú como en la mayoría de países de América Latina un gran problema debido a que aún afronta cifras altamente significativas en sus tasas de morbilidad y mortalidad, las cuales no se han logrado reducir en los últimos cinco años, a pesar del impulso que se le ha dado mediante programas masivos de atención y promoción a través de los medios de comunicación entre otras acciones de intervención, como el incremento de establecimientos para la atención prenatal, las casas de espera comunales, para la atención del parto y puerperio y la implementación de un Sistema Integral de Salud (SIS), que incluye un plan de atención a madres gestantes y niños de cero a cuatro años.

Cabe señalar que el Perú, sigue ocupando el tercer lugar en mayor frecuencia de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, después de Haití y Bolivia, teniendo una razón de 185 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, aún cuando este indicador llegó a estar en alrededor de 400 muertes por cada cien mil nacidos vivos tomando en cuenta las últimas décadas, esto no indica un avance adecuado y sostenido en la reducción de la mortalidad materna, en comparación con otros países que si han logrado reducir significativamente estas cifras como es el caso de Chile y Colombia. (1)

Se conoce que las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia, infección, hipertensión inducida por el embarazo, aborto, parto obstruido y otras causas menos frecuentes, y es también conocido que existe gran diferencia entre el número de muertes maternas que ocurren en el ámbito urbano y el ámbito rural; hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. Durante el año 2001 se registraron un total de 612 muertes maternas. (2)

Por lo tanto, los esfuerzos por llegar a la población de madres gestantes, de menores recursos económicos, ofreciéndoles una atención integral a través del SIS, no parece haber reflejado hasta el momento datos precisos de su impacto en la reducción de la mortalidad materna, aún después de cinco años de intervención, de tal manera que nos permita objetivar su efectividad.

Algunos de los estudios que existen nos indican el por qué las personas no acceden a los establecimientos de salud para recibir atención materna, mostrándonos como primera causa el costo, seguido del temor, trato recibido, tiempo de espera, vergüenza y distancia. (3)

Como respuesta a todos estos antecedentes se desarrolla cada año la semana de la Maternidad saludable y segura, iniciativa que busca promover la disminución de las muertes maternas y perinatales, mejorando los indicadores en el Perú y en la región, que continúan altos, y teniendo como enfoque la Atención Integral de la Salud Materna y un Modelo de Atención Integral. No obstante, ello hace indispensable un estudio de impacto, pues es indispensable generar nuevas estrategias para mejorar los indicadores de la salud materna.

Una evaluación de impacto o estudio de impacto es fundamental en la toma de decisiones, pues permite el análisis, previo a su ejecución, de las posibles consecuencias de una intervención o proyecto sobre una determinada situación, su integridad, calidad y condiciones de los servicios.

Asimismo, un estudio de impacto permitirá el análisis y propuesta de condiciones adelantadas que podrían ser incorporadas en acciones específicas, siendo de vital importancia, especialmente en nuestro sector salud por las razones epidemiológicas ya mencionadas y que ameritan intervenciones oportunas para reducir la mortalidad materna en el Perú. (4)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Una de las estrategias que se viene aplicando para lograr una mejor atención y cobertura en salud para la comunidad incluyendo a las madres gestantes, es a través del SIS, el cual ha recibido igualmente una promoción masiva a través de los diversos medios de comunicación. El SIS apunta a garantizar la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza, siendo el Plan C, el destinado a la atención de gestantes para mejorar su atención preventiva y recuperativa, e incluyendo además tanto la atención del parto normal o cesárea, la atención hasta los 42 días en el post parto, los traslados por emergencia, como la cobertura de gastos de sepelio.

Uno de los objetivos del plan C del SIS es reducir la mortalidad materna en el Perú especialmente en este grupo socio-económico de usuarias gestantes, por lo tanto, es importante conocer en qué medida la estructura y características operativas de este sistema han influido directamente contra las principales causas de la mortalidad materna en nuestro país, la cual no se ha logrado reducir significativamente en relación a sus primeros cinco años de intervención, a pesar de otros esfuerzos paralelos.

Para que un sistema de seguro funcione adecuadamente es importante que exista un equilibrio financiero entre sus ingresos y los reembolsos a los establecimientos, o sea, sus gastos. Los ingresos son todos los aportes o primas de los afiliados, no importando quién lo pague, y los gastos, son los pagos a los establecimientos de salud por los actos médicos realizados a los que se enfermaron en un periodo determinado de tiempo, asumiendo que sólo un porcentaje mínimo de los afiliados se enfermará. Este equilibrio se sustenta en un análisis denominado actuarial financiero, que se basa en cálculos de probabilidad de enfermarse y costos de servicios.

El funcionamiento del SIS está aún muy lejos del modelo descrito, pues está funcionando como un fondo de recursos financieros aportados por el Estado, que son utilizados para financiar los actos médicos curativos de afiliados a cinco Planes de Salud que son los siguientes:

Plan A, de 0 a 4 años

Plan B, Niños y adolescentes, de 5 a 17 años,

**Plan C, Gestantes,**

Plan D, Adultos en Situación de Emergencia,

Plan E, Adultos Focalizados.



Estos planes no se sustentan aún en un análisis actuarial financiero que permita determinar el riesgo financiero, pues no existen cálculos sobre la probabilidad de enfermarse por grupos de edad y sexo. Lo que simplemente se hace es definir una meta de afiliados por año, ámbito geográfico y niveles de pobreza, multiplicando dicha cantidad por un estimado de costo promedio de tratamiento de cada Plan y por dos, cantidad que se asume que es la frecuencia de uso de servicios.

El SIS diseñado para llegar a la población de madres gestantes de menores recursos económicos, ofreciéndoles una atención integral, no parece haber reflejado hasta el momento datos precisos de su impacto en la reducción de la mortalidad materna, aún cuando han transcurrido más de cinco años de intervención, de tal forma que nos permita objetivar en que medida ha sido efectivo.

Esto nos plantea la necesidad de investigar este vacío, siendo relevante ya que si se contara con suficiente investigación en el tema, se podría interpretar mejor en qué medida los esfuerzos por aplicar un sistema integral de atención médica a las madres gestantes, lograría cumplir los objetivos del SIS, o determinar donde estarían los contenidos o procesos susceptibles de modificar, de manera que estos puedan ser mejorados y adaptados de acuerdo a la realidad y a la capacidad resolutoria del sub sector público en salud.

Las alternativas que permitirían cubrir este vacío y objetivar el beneficio esperado en la percepción de estas intervenciones sobre la salud materna estarían en:

- Disponer de un programa de seguimiento sobre la mortalidad materna y su variación con los programas o proyectos de intervención otorgada por el gobierno.
- Monitorizar permanentemente la intervención del sistema integral de salud y su impacto sobre la salud materna en el Perú.
- Monitorizar sistemáticamente el grado de uso del sistema integral de salud por las madres gestantes y parturientas del Perú.
- Efectivizar la intervención.
- Replantear los programas de intervención para desarrollar uno que tenga impacto sobre la reducción de la tasa de mortalidad materna en el Perú.

**Por lo cual se plantea la siguiente interrogante:**

*¿Cuál es el impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú entre los años 2002 al 2006.*

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cuál es el impacto del Sistema Integral de Salud sobre la mortalidad materna en el Perú entre los años 2002 al 2006.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La justificación del estudio se basa en que en la actualidad el Perú no cuenta con suficiente información sobre el impacto que ha tenido la intervención del Ministerio de Salud a través del SIS sobre la tasa de mortalidad materna, siendo que aún se observa que esta es más elevada en el grupo poblacional que corresponde a la cobertura del SIS, llamando la atención como a través del tiempo aún las cifras no se han reducido significativamente entre los años 2002 al 2006, es decir, con cinco años de intervención, pese a los esfuerzos realizados tanto a nivel del incremento de la cobertura para la atención obstétrica institucional, como con la aplicación del SIS, por lo cual es de gran importancia investigar el impacto que ha tenido la aplicación del SIS en un periodo de cinco años, 2002 al 2006.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **3.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú entre los años 2002 al 2006.

## **1.5 HIPÓTESIS**

**Ha:**

El Sistema Integral de Salud ha influido favorable y significativamente en la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

**Ho:**

El Sistema Integral de Salud no ha influido favorable y significativamente en la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

## **1.6 VARIABLES DEL ESTUDIO**

### **1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Sistema Integral de Salud.

### **1.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

Mortalidad Materna.

## MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La Salud materna y perinatal constituye un importante indicador no solo de las condiciones de desarrollo de un país, sino también de la situación que enfrenta su sector salud, siendo en Perú como en la mayoría de países de América Latina un gran problema debido a que aún afronta cifras altamente significativas en sus tasas de morbilidad y mortalidad materna, las cuales no se han logrado reducir en los últimos años, a pesar del impulso que se le ha dado mediante programas masivos de atención, promoción e implementación de un Sistema Integral de Salud (SIS) que incluye un plan de financiamiento para la atención de madres gestantes.

El Perú, ocupa el tercer lugar en mayor frecuencia de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, después de Haití y Bolivia, teniendo una razón de 185 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

Los esfuerzos por llegar a la población de madres gestantes, de menores recursos económicos, ofreciéndoles una atención integral a través del SIS, no parece haber reflejado hasta el momento datos precisos de su impacto en la reducción de la mortalidad materna, aún después de cinco años de intervención, de tal manera que nos permita objetivar su efectividad.

Asimismo, un estudio de impacto permitirá el análisis y propuesta de condiciones adelantadas que podrían ser incorporadas en acciones específicas, siendo de vital importancia especialmente en nuestro sector salud por las razones epidemiológicas ya mencionadas y que ameritan intervenciones oportunas para reducir la mortalidad materna en el Perú.

El SIS apunta a garantizar la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza, siendo el plan C, el destinado a la atención de gestantes para mejorar su atención preventiva y recuperativa e incluyendo además tanto la atención del parto normal o cesárea, la atención hasta los 42 días después del parto, los traslados por emergencia, como la cobertura de gastos de sepelio. Siendo uno de sus objetivos la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

Esto nos plantea la necesidad de investigar este vacío, de manera que nos permita objetivar como se podría mejorar o adaptar el SIS de acuerdo a la realidad y a la capacidad resolutive del sub sector público en salud.

No se ha encontrado trabajos de investigación relacionados a la evaluación del impacto del SIS y su influencia sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú, lo cual redundaría relevantemente en la reducción de la misma. En otros países se habla de la importancia de hacer seguimiento a las nuevas políticas y programas de atención en la salud pública, pero no se han encontrado referencias en el área materna y especialmente relacionado con el SIS.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

La mortalidad materna es una aflicción que puede evitarse en gran escala en base a esfuerzos realistas y una atención con calidad. En los países mas desarrollados, las razones de la mortalidad materna (el numero anual de defunciones por causas maternas dividido por el numero anual de nacidos vivos, expresado por 100,000 nacidos vivos) llega a niveles muy bajos, por ejemplo entre 1 y 3 en Suecia para el año 2000. Sin embargo los niveles en los países menos desarrollados son cientos de veces mayores, como es el caso de Perú.

La definición de una muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de 42 días después de la terminación del embarazo, sin tomar en cuenta la duración ni la ubicación del embarazo, de cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales. Para facilitar la identificación de muertes maternas en circunstancias donde la determinación de la causa no es adecuada, una categoría nueva ha sido adoptada: una muerte relacionada al embarazo que es definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de 42 días después de la terminación del embarazo, sin tomar en cuenta la causa.

Comúnmente se utilizan tres indicadores para señalar el nivel de la mortalidad materna: la tasa de mortalidad materna, la razón de mortalidad materna, y el riesgo de morir por mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número de muertes maternas dividido por el número anual de mujeres-meses de exposición en un año de mujeres de edad reproductiva. La razón de mortalidad materna (RMM) es el número anual de muertes maternas dividido por el número anual de nacidos vivos. El riesgo de la mortalidad materna es la probabilidad acumulada que una mujer tenga una muerte materna entre los 15 hasta los 49 años de edad. De los tres indicadores, el más utilizado es la razón.

La reducción de la mortalidad materna es el número cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que especifica que la razón de mortalidad materna debe alcanzar para el año 2015 una reducción de 75 por ciento de su valor en el año 1990.

Es uno de los objetivos de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDES) estimar el nivel de la mortalidad materna donde carecen estadísticas vitales confiables. Hay diferentes métodos para estimar mortalidad materna. A nivel del hogar, se puede preguntar por el número de defunciones que ocurrieron en el hogar en los 12 meses antes de la entrevista y si era de una mujer si era durante el embarazo, el parto o dentro de dos meses después del parto. Este método tiene dos desventajas: el denominador es relativamente pequeño y no se toma en cuenta hogares donde había una sola mujer que murió o que el hogar se dividió después de la muerte. El segundo se basa en preguntar sobre la supervivencia de las hermanas y los hermanos de la entrevistada (o el entrevistado). Si una hermana murió después de los 15 años de edad, se pregunta si la muerte ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los dos meses después del parto. En este método indirecto se clasifican las defunciones y las hermanas vivas según la edad de la entrevistada y se aplica supuestos de modelos matemáticos para el cálculo del riesgo de mortalidad materna. Se calcula la TMM usando la Tasa Global de Fecundidad (TGF). El tercer método que ha superado el método indirecto de las hermanas, es un método directo también basado en informes sobre la supervivencia de las hermanas de las entrevistadas. En este método además de la supervivencia y la asociación con el embarazo y el parto, se pregunta la edad actual de las hermanas vivas, la edad a la muerte de las hermanas fallecidas y el año de la muerte o cuantos años atrás ocurrió la defunción. (5)

Hay diversos factores principales que tienen estrecha relación con el nivel de la mortalidad materna. Entre ellos se incluyen el control prenatal, la atención recibida al parto, el control postnatal. Además, factores demográficos como la alta paridez, la edad demasiado joven o avanzada y el intervalo demasiado corto entre nacimientos, aumentan el riesgo de la mortalidad materna. El nivel de la mortalidad materna está ligado también al nivel de la mortalidad neonatal y perinatal. Finalmente la cobertura por un seguro de salud puede influenciar en el uso de los servicios de salud. (6)

Clásicamente se define la mortalidad materna como la ocurrida en el embarazo, parto o puerperio hasta 6 semanas postparto o bien como "la mortalidad materna de causa directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) extiende este período hasta un año postparto, concepto reciente, que obviamente podrían elevar las cifras sumando patologías, que no tengan relación alguna con la gestación.

Otro concepto es la razón de mortalidad materna que es el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos. En Chile habitualmente se medía por 10.000 nacidos vivos y en teoría podría emplearse por 1.000 nacidos vivos. (7)

Los países de alto desarrollo, impusieron la cifra en relación a 100.000 nacidos vivos, como consecuencia de sus bajas tasas para informar en cifras completas, situación que se ha universalizado. Se habla de tasa de mortalidad materna como el número de defunciones maternas por 100 mujeres en edad reproductiva definidas como de 15 a 44 años; 10 a 44 ó 15 a 49, siendo esta última usada más frecuentemente. (8)

De los 190 países miembros de la OMS, solo 78 informan correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de MM, lo que significa el 35% de la población mundial.

En el Perú, la mortalidad materna es un problema social y de salud de gran relevancia, siendo además la expresión de la gran desigualdad e inequidad que caracteriza el proceso reproductivo de un importante sector de la población femenina.

Se conoce que una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa reproductiva. El ejercicio de una vida sexual y reproductiva desinformada y en condiciones inadecuadas, hace que las mujeres se coloquen en muchos casos, en situación de alto riesgo de salud y de vida.

En Perú, la razón de mortalidad materna es del orden de 185 por 100,000 nacidos vivos, según la ENDES 2004; en ese sentido, se enmarcan dentro de las estrategias para el logro de una maternidad saludable, la generación de políticas públicas y la promoción de alianzas y acuerdos interinstitucionales, con una visión unificada que genere acciones a nivel nacional y local. En este contexto, se han realizado muchos esfuerzos dedicados a promover en el sub sector público una atención integral para ofrecer servicios de salud a los sectores más necesitados y con peores indicadores.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado, así como en los Tratados y Convenios Internacionales; salud a la que todas las personas deben tener la posibilidad de acceder. Por eso se está impulsando la modernización del sector hacia la oferta de servicios integrados del sistema de salud, que permitan tener una organización con orden y efectividad. (9)

Durante la última década el resultado final en salud no podía ser más excluyente: los más afectados por la pobreza, los marginados, hacia quienes debían dirigirse los mayores esfuerzos para aliviar su riesgosa condición, permanecieron en la misma situación, la cual afecta su sentido del futuro y su esperanza por una vida digna, manteniéndolo como uno de los principales problemas.

Aún persisten en la población importantes barreras para el acceso a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El 40% depende de los servicios del Ministerio de Salud y se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. (10)

En el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo.

La mortalidad materna es uno de los indicadores que en las últimas décadas se redujo de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos en el país (la última cifra corresponde al ENDES 2004). A pesar de ello es una de las más altas de América Latina.

En general, las causas de mortalidad materna en el mundo son: hemorragia (25%), infección (14%), pre-eclampsia (13%), aborto inseguro (13%), obstrucción (7%), otras causas directas (8%), causas indirectas, como anemia y malaria (20%). (11)

En el Perú, las principales causas de mortalidad materna son: 1.- Hemorragia (47%), Otras (19%), Infección (15%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (12%), Aborto (5%), TBC (1%) y Parto Obstruido (1%).

Existe gran diferencia entre el número de muertes maternas que ocurren en el ámbito urbano (203) y el ámbito rural (448) (ENDES 2000); hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. Durante el año 2001 se registraron un total de 612 muertes maternas. (12)

La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana.

El tiempo en que se producen las muertes maternas según los registros al año 2000 es de 25% durante el embarazo, 50% dentro de las primeras 24 horas postparto, 20% del segundo al séptimo día postparto y el 5% desde la segunda a sexta semana postparto.

Aquellos países con similar ingreso per cápita que el Perú tienen tasas de mortalidad materna mucho menores: la cuarta parte en Colombia, la quinta parte en Costa Rica y Cuba y la décima parte en Chile.

Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.

Los factores determinantes de la muerte materna pueden agruparse en factores relativos al contexto, donde se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal, familiar y las condiciones de pobreza en las cuales viven, lo que a su vez determinan su acceso y control de los recursos sociales, su nivel de aislamiento y factores relativos al estado de salud previo de la mujer; Su conducta reproductiva y el acceso y la calidad de los servicios de salud materna y de planificación familiar. (13)

El estado de salud de la mujer está condicionado por el ambiente en el que vive, su nivel de educación, enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial por su historia obstétrica anterior.

Las variables que tienen una influencia más evidente en la salud materna son las relacionadas con el acceso a la tecnología de salud apropiada para una atención de calidad.

A pesar de los avances observados, existen todavía en el país una demanda insatisfecha de cobertura y calidad de los servicios de salud; La atención prenatal, del parto y de planificación familiar son insuficientes.

La crisis económica que ha afectado a los sectores sociales, ha contribuido al deterioro de los servicios de salud y a la disminución de su capacidad resolutoria de una proporción importante de estos servicios en el país.

Los factores culturales y la interpretación por la mujer de las necesidades y riesgos de su embarazo son, a la vez determinantes del uso del servicio de salud. La maternidad, es considerada por un importante segmento de la población, como una ocurrencia normal de la vida cotidiana que no precisaría de una atención especial. (14)

En el Perú, como en casi la totalidad de los países en vías de desarrollo no se cuenta con cifras de estadísticas totales sobre mortalidad materna confiables. Tanto las estadísticas registradas en el Ministerio de Salud como del Registro Civil, presentan una alta tasa de omisión y no reflejan el estado real del problema. Sin embargo, en algunos estudios se menciona al aborto clandestino realizado en malas condiciones como una de las primeras causas de muerte materna.



En las mujeres sin ningún nivel de educación, las muertes maternas son 10 veces más que en aquellas con educación superior. (15)

Existen diversos estudios que nos indican el porqué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 %, trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8 %, vergüenza 10.8% y distancia 8.1%. (16)

Como respuesta a todos estos antecedentes se desarrolla cada año la semana de la Maternidad saludable y segura, estrategia que busca disminuir las muertes maternas y perinatales, con ello mejorar los indicadores en el Perú y en la región que continúan siendo altas. Teniendo como enfoque la Atención Integral de la Salud Materna y un Modelo de Atención Integral.

Para lograr la promoción del control pre natal y atención institucional del parto a todas las mujeres embarazadas, se convoca una alianza estratégica:

1. De participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.
2. De calidez y calidad en la atención de salud para lograr la confianza de la población.
3. Del Seguro Integral de Salud.

Dentro de los objetivos específicos 2001-2006 y resultados esperados para la mortalidad materna, especialmente en los sectores más pobres era de menos de 100 x 100,000 nacidos vivos al año 2006 y menos de 50 x 100,000 nacidos vivos al año 2012.

Por lo que el Ministerio de Salud ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna, mejorar la cobertura con calidad en los servicios "casas de espera", procurar la atención oportuna de las emergencias y complicaciones en todos los niveles de atención y promover la participación de la sociedad civil y la comunidad, en coherencia con el respeto a la vida y a los derechos fundamentales de la madre y el niño por nacer.

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Descentralizado (OPD), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

La creación del SIS se formaliza con la Ley N° 27657, promulgada y publicada el 29 de de enero de 2002 en el Diario Oficial El Peruano. Se orienta a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

El SIS propone ser una intervención que busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.

Entre los objetivos del SIS en el ámbito sectorial están:

1. Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de mortalidad.
2. Promover con equidad el acceso de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de extrema pobreza y pobreza.
3. Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.

Como antecedente data que en 1997, las autoridades de salud pusieron en marcha un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG), que debía cubrir a los escolares matriculados en escuelas públicas a escala nacional. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerable filtración, aunque una alta cobertura de ese grupo.

Adicionalmente, por la asimetría de información, los recursos remesados no favorecieron particularmente a los más pobres del país. Durante 1998 se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil, el que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Como estrategia piloto, se implementó en sólo 5 de las regiones del país, ampliándose luego a 8 regiones durante el año 2000. De acuerdo a las evaluaciones efectuadas, tuvo menor filtración que el SEG, pero baja cobertura.

Ambos programas se fusionaron el año 2001 en el Seguro Integral de Salud, previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público.

Una de las primeras acciones tomadas luego de la fusión fue la ampliación del componente materno infantil a todas las regiones aún no cubiertas, incorporando de este modo a un grupo de gran magnitud y vulnerabilidad. (17)

Otro de los cambios más importantes lo constituyó el cambio del mecanismo de adscripción territorial de los derechohabientes del componente escolar, que se basaba en la ubicación geográfica de la escuela donde estudiaban, a una adscripción basada en el lugar donde estaba ubicado su domicilio, el que muchas veces quedaba muy lejos de sus escuelas. Ello llevó a un reordenamiento importante de la demanda, lo que llevó a su vez a un reordenamiento paulatino de la oferta. El componente materno infantil mantuvo su adscripción domiciliaria.

Adicionalmente, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, permitió que la cobertura se ampliase a todo niño menor de 18 años, sea escolar o no, en cuanto pudiese probar su condición de pobre o extremadamente pobre. Para distinguir dicha condición, se implementó un sistema de focalización mediante inscripción universal en distritos con mas de 65% de familias pobres, mientras que en los distritos con porcentaje menor de pobres, se aplicó el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), que estima la capacidad de pago de cada inscrito.

Sin embargo, no se ha encontrado trabajos de investigación relacionados al impacto que ha tenido el Sistema Integral de Salud en la atención materna en el Perú, con lo cual se esperaba que redunde relevantemente en la reducción de su mortalidad respectivamente. En otros países se habla de la importancia de hacer seguimiento a las intervenciones que ofertan paquetes integrales de salud especialmente a las comunidades más necesitadas, sin embargo, no es muy factible acceder a los resultados esperados y los análisis de los estudios de impacto. (18)

Se llama evaluación de impacto o estudio de impacto al análisis, previo a su ejecución, de las posibles consecuencias de una intervención o proyecto sobre una determinada situación, su integridad, calidad y condiciones de los servicios.

El impacto permite el análisis y propuesta de condiciones adelantadas que pueden ser incorporadas en acciones específicas para lo cual será igualmente necesario partir de una línea base. La línea base consiste en un diagnóstico situacional que se realiza para determinar las condiciones de un área determinada antes de ejecutarse el proyecto o la intervención. (19)

Sobre la evaluación del impacto de los programas es importante resaltar que mide los cambios en el bienestar de los individuos, que pueden ser atribuidos a un programa o a una política específica y sus objetivos son proveer información y ayudar a mejorar su eficacia. En este sentido, es una herramienta que utilizan los encargados de tomar decisiones en la formulación de políticas, y que hacen posible que el público pueda exigir cuentas sobre los resultados de los programas. (20)

Existen otros tipos de evaluación de programas, como las revisiones organizacionales y el monitoreo de procesos, pero éstos no miden la magnitud de los efectos ni atribuyen la causalidad que corresponde a los efectos. Para la materia social, el análisis causal es esencial para

comprender la función relativa de la intervención de programas alternativos, por ejemplo, en la reducción de la pobreza o la reducción de la mortalidad materna.

La evaluación de impacto es necesaria dado que la información generada por esta estimación ayuda a tomar decisiones sobre la necesidad de ampliar, modificar o eliminar cierta política o programa, y es posible utilizarla para asignarle prioridad a las acciones públicas. Además, estas evaluaciones contribuyen a mejorar la eficacia de las políticas y programas al abordar las siguientes preguntas:

1. ¿Logra el programa las metas propuestas?
2. ¿Son los cambios producidos un resultado directo del programa, o son resultado de otros factores que ocurrieron simultáneamente?
3. ¿Cambia el impacto del programa dependiendo del grupo al que se está tratando de beneficiar (hombres, mujeres, pueblos indígenas), o de la región, o a través del tiempo?
4. ¿Tuvo el programa efectos inesperados, ya sean positivos o negativos?
5. ¿Qué tan eficiente es el programa en comparación con intervenciones alternativas?
6. ¿Justifica el valor del programa su costo?

Una evaluación de impacto requiere de una gran cantidad de información, tiempo y recursos. Por esta razón, es importante seleccionar atentamente las acciones públicas que se evaluarán. Uno de los aspectos importantes al momento de seleccionar los programas y políticas que se evaluarán, es el potencial de aprendizaje que se deriva de sus resultados. En general, es mejor evaluar programas a partir de los cuales se pueda extraer el máximo de conocimientos y que al mismo tiempo proporcionen información sobre formas de corregir los problemas que se presentan durante su operación. (21)

Hay cuatro preguntas que pueden ayudar a decidir cuándo realizar una evaluación de impacto:

- ¿Tiene la política o programa importancia estratégica en la reducción de la pobreza?

La decisión sobre lo que se debe evaluar, depende de cuáles son las acciones públicas más importantes para lograr reducir la pobreza. Se pueden evaluar las políticas y programas de las que se espera un mayor impacto en la reducción de la misma, para asegurar que los esfuerzos sigan el camino correcto y permitan las correcciones necesarias.

- ¿Contribuirá la evaluación de un determinado programa o política a llenar los vacíos en el conocimiento sobre lo que sirve y no sirve para reducir la pobreza? Los resultados de la evaluación

de un programa pueden ayudar a optar por las alternativas más eficaces en función de los costos para reducir la pobreza. Por esta razón, la decisión sobre qué evaluar también puede basarse en cuánto se sabe sobre la eficacia de intervenciones alternativas. Si hay lagunas en el conocimiento sobre qué es lo que mejor funciona para reducir la pobreza, entonces se justifica una evaluación de impacto.

- Este programa o política, ¿pone a prueba enfoques innovadores para reducir la pobreza? La evaluación debe fomentar el aprendizaje. Los esfuerzos para reducir la pobreza pueden requerir la implementación de un programa con ideas nuevas. Una evaluación de impacto puede ayudar a ensayar enfoques precursores y decidir si se deben ampliar y ejecutar a mayor escala. Por consiguiente, el carácter innovador de un programa o política puede ser una buena razón para evaluarlo.

- La política o programa, ¿está destinado a grupos difíciles de alcanzar, o se espera que su impacto dependa del género de los beneficiarios? Las políticas y programas destinados a grupos pobres difíciles de alcanzar, se topan con una gran variedad de factores sociales, culturales, económicos y organizacionales, que pueden contribuir a su éxito o a su fracaso. Por estas razones, es de especial importancia que la evaluación esté bien diseñada y sea bien ejecutada.

La evaluación de impacto de una política o programa gira en torno a una pregunta fundamental, ¿qué hubiera sucedido si la intervención no se hubiera realizado? Aunque esta situación no se puede observar, se puede hacer una aproximación mediante la construcción de un escenario hipotético en la que se trata de mostrar los distintos niveles de bienestar de los individuos en ausencia de la política o programa. Cómo construir o visualizar este escenario depende de varios factores, incluyendo la cobertura del programa.

Una evaluación provechosa requiere de un programa suficientemente maduro. Aunque un programa esté probando enfoques innovadores, necesita objetivos bien definidos y actividades bien delineadas, así como un marco institucional estable que se preste para la implementación.

Se ha mencionado un modelo de atención integral a través del Programa Barrio Adentro para ser incorporado en Venezuela, basado en el sistema cubano de salud. Sin embargo, su implementación, al parecer no ha indicado cuáles son los servicios de salud a los cuales tienen derecho todos los habitantes en este país.

Tampoco ha dicho cuáles son los estándares de calidad y cobertura para esos servicios, ni ha incorporado el conjunto de esas prestaciones en la legislación que se encuentra diferida en la Asamblea Nacional desde el año 2000.

Se menciona que el Gobierno venezolano ha creado la falsa imagen que todos sus ciudadanos tienen servicios de salud que bajo una plataforma comunicacional genera falsas expectativas. Esas expectativas serían pasadas por los ciudadanos más pobres del país, justamente los que requieren el mejor sistema de salud que se pueda ofrecer con recursos públicos. Las propias cifras oficiales (publicadas por el Ministerio de Salud con siete meses de retraso) indican que la mortalidad materna aumentó en Venezuela en el año 2004. (22)

Se menciona que el 88% de las muertes en Venezuela se hubiera podido evitar. El país tiene los recursos y la capacidad técnica para que esas muertes no ocurran. Es muy probable que muchas de esas muertes sucedieran en familias pobres, que han debido ser las principales beneficiarias de este programa.

El Programa Barrio Adentro ha sido un total fracaso para todas las gestantes tributarias de este programa en Venezuela. Por lo contrario, ha significado el empeoramiento de sus condiciones.

El Programa Barrio Adentro es considerado una “trocha”. Un servicio de baja cobertura y mala calidad que no resuelve los problemas de salud y que produce frustración y desaliento, especialmente en los más pobres de este país.

Por otro lado, es conocido que la mortalidad materna en Chile es la más baja de América Latina (13 muertes por 100.000 nv), Venezuela tiene casi cinco veces más mortalidad materna que Chile y aumentó a 17% entre 1998 y 2004; lo mismo ha sucedido en Cuba que aplica un sistema similar donde aumentó entre 1998 y 2004. Por otra parte, Canadá tiene la mortalidad materna más baja de América (6,1 muertes por 100.000 nv).

La salud materna toma en cuenta los derechos humanos de las mujeres, el derecho a decidir sobre su vidas reproductiva; éste incluye los derechos en el embarazo y parto, en especial el derecho a información precisa sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos en cada etapa. El parto institucionalizado en Costa Rica es una regla, la que podría ser tomada como ejemplo para considerar otros aspectos muy importantes como los sentimientos, necesidades y opiniones de las mujeres.

En un hospital se puede salvar la vida de una madre en el parto o la de un bebé al nacer. También podría ocurrir lo contrario y resultar en una muerte materna o perinatal. Probablemente debido a que el mismo hospital, sus estructuras, normas y procedimientos llevan ciertos riesgos tanto para la mujer como para su bebé. Se utiliza la cesárea para salvar a una madre o a su bebé pero también en todo el mundo se ve muertes debido a intervenciones como la anestesia general aplicada en la

cesárea. La decisión de usar la tecnología, medicamentos y procedimientos en el parto hospitalario a veces podría ser discutible por sus riesgos inherentes.

Por ejemplo, en Costa Rica donde el parto institucionalizado se produce en un alto porcentaje de gestantes, regularmente no evalúa la seguridad del mismo. Por otra parte se indica que el traslado de la gestante, de la casa al hospital ha sido uno de los factores más importantes para alcanzar los óptimos índices de salud materna, ya que este sistema de traslado es relativamente bueno y definitivamente mejor que el pasado y que en muchos países de América latina y el Caribe.

Es probable que la mejor calidad de vida de las mujeres en los últimos 50 años haya contribuido a la maternidad más segura; en Costa Rica se han visto mejoramientos notables en la sanidad, la vivienda, la dieta, la educación, el acceso a control prenatal, y quizás el factor que más contribuye sea la disminución de la fecundidad. Hace solamente una generación, era común que una mujer tuviera diez o más bebés. Ahora las mujeres costarricenses tienen dos hijos en promedio. Asimismo, los cambios en esta sociedad centroamericana han sido muy rápidos e importantes para las dos últimas generaciones. La mayor parte de los cambios introducidos por la reforma en la prestación de servicios tuvieron lugar en el primer nivel de atención. Hasta el momento, las reformas en los hospitales han estado centradas principalmente en aspectos gerenciales, con la idea de lograr así una mejoría en la calidad de la atención sanitaria. (23)

Existe mucha resistencia a estudiar más de cerca la problemática descrita en este documento. Sin embargo, es necesario mejorar la calidad de atención para las mujeres, y eso implica la evaluación y análisis crítico de las creencias, prácticas y normas actuales. Parir y nacer no son simplemente acontecimientos médicos, sin importancia para las mujeres, los hombres y los bebés. El parto y nacimiento son transiciones mayores que tienen la influencia de aspectos diversos como los culturales, sociales, económicos entre otros. (24)

Recientemente, cuatro agencias de las Naciones Unidas (OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial) anunciaron un plan para reducir el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo o parto. En él se recomiendan las siguientes áreas de acción:

1. La maternidad segura se puede mejorar si se respetan los derechos humanos: empoderar a las mujeres para tomar sus propias decisiones acerca de sus vida reproductiva, con el apoyo de sus familias y comunidades.
2. La calidad de atención y el acceso a los servicios de salud materna tienen que mejorar.
3. Todos los partos deben ser atendidos por personal capacitado y
4. Se debe contar con acceso a la atención esencial si se presentaran complicaciones.

Las mujeres deben estar en condiciones de poder escoger en todo lo referido al embarazo y contar con acceso voluntario a servicios e información precisa sobre planificación familiar.

Las agencias mencionadas reconocen que la condición social de las mujeres en los países en vías de desarrollo es un factor fundamental que determina la mortalidad materna. Cuando el nivel socioeconómico es bajo, las mujeres tienen acceso muy limitado a los recursos materiales y a la educación básica; eso imposibilita tomar decisiones con información certera sobre la maternidad, salud y nutrición. Una nutrición inadecuada antes y/o durante el embarazo contribuye a la mala salud, problemas obstétricos y morbi-mortalidad en las mujeres y sus bebés. (UNICEF, 1999). (25)

Para mejorar la seguridad en el embarazo, parto y posparto, las agencias mundiales de salud también recomiendan que todas las mujeres en el mundo reciban la atención de personal especializado en el parto normal, como son las parteras profesionales, con el respaldo de servicios médicos en caso de complicaciones. Las recomendaciones de la OMS indican que la causa subyacente del problema de morbi-mortalidad materna y perinatal es que no hay suficientes parteras capacitadas en todo el mundo (UNFPA 2006).

En cuanto a los servicios hospitalarios, se reconoce que aproximadamente 15% a 25% de los partos requieren alguna atención médica; esto varía según la salud general de las mujeres, pues donde haya más pobreza habrá más complicaciones (UNICEF, 1999).

Se cree que el descenso en la tasa de mortalidad materna se debe a la hospitalización y medicalización del parto en la mayoría de los países del mundo, y que el parto en hospital es más seguro que el parto en casa. Sin embargo, muchas publicaciones que hasta ahora han estudiado seriamente las condiciones que han contribuido a la salud materna, señalan a la mejor nutrición, sanidad, vivienda, el invento de los antibióticos y las transfusiones de sangre, la planificación familiar y la constitución de familias más pequeñas. (26)

También los estudios en países donde existe la opción de parir en el hogar atendida por parteras profesionales, con respaldo médico; han demostrado que la seguridad del parto en casa es mayor, es decir, hay menos intervenciones, complicaciones y muertes, además de mayor satisfacción y protagonismo de las mujeres en su propio proceso.

Marjorie Tew publicó en 1990 un libro titulado "¿Maternidad más segura?", mencionando que en aquella época la mayoría de personas creía más seguro el parto en hospital que en casa, simplemente por la disponibilidad de atención médica y la tecnología moderna en una institución. Tew analizó durante muchos años datos que demostraron que la creencia dominante sobre la seguridad del parto en hospital era un concepto erróneo.



La doctora Tew estudió los patrones de hospitalización del parto en Europa y los cambios en la mortalidad, y descubrió que en las épocas en que las mujeres iban más al hospital para dar a luz, las tasas de mortalidad aumentaron, y cuando no aumentó la hospitalización del parto disminuyeron las tasas de mortalidad materna y perinatal. La citada investigadora concluyó que podrían haber mejorado los índices si no se hubiese trasladado el parto al hospital tan universalmente.

La investigación de muchos miles de partos que hizo la Dra. Tew demostró incluso que durante el mismo tiempo, cuando más mujeres iban al hospital para sus partos, siempre la seguridad de los partos en casa fue mucho mejor. Entre 1958 y 1970, sin incluir los casos de alto riesgo, la mortalidad perinatal en hospital era 17.2 por 1000 nacimientos y 6.0 por 1000 en partos en casa.

Marjorie Tew concluyó que la intervención obstétrica puede salvar la vida de algunas mujeres y bebés, pero en otros casos la intervención obstétrica podría aumentar el riesgo de manera significativa dependiendo de las condiciones. La autora señala que "El parto en casa es tan seguro como el parto en hospital para mujeres de bajo riesgo. Es más, en hospital las mujeres de bajo riesgo tendrán más complicaciones durante y después del parto."

Estos datos han servido para publicar numerosas investigaciones que están de acuerdo con las conclusiones del trabajo de la Dra. Tew. En 1987, el Centro Nacional de Epidemiología en Perinatología, en Oxford, hizo una revisión comprensiva de la evidencia científica comparando la seguridad del parto en hospital y casa, y determinó que: "no existe evidencia para apoyar la creencia que la disminución de la mortalidad perinatal en Inglaterra y Gales se atribuye al pasar el parto al hospital, tampoco para confirmar que es más seguro para las mujeres parir en hospital". (Campbell y MacFarlane, 1987).

La Revista Médica Británica publicó cuatro estudios que evaluaron el parto en casa en varios países de Europa; se encontró que para mujeres de bajo riesgo, el parto en casa es tan seguro como en el hospital y, en muchos casos, más seguro (BMJ, 1996). (27)

Estudios realizados en Holanda, un país con un sistema oficial para realizar el parto en casa, donde las parteras profesionales son preparadas para atender la mayoría de los partos en el hogar, han demostrado que todos los estudios que comparan partos en casa y en hospital, surge la evidencia de diferencias enormes entre la tasa de intervención obstétrica entre los dos grupos, incluso cuando se comparan mujeres del mismo riesgo.

La disminución en tasas de mortalidad no se atribuye necesariamente a trasladar el parto al hospital. Con base en la evidencia disponible, no existe indicación de que el parto en casa no sea

seguro para mujeres de bajo riesgo o que los hospitales sean intrínsecamente más seguros. (Abraham-Van der Mark, 1996). (28)

En otra investigación con datos de varios países, se pusieron en evidencia los beneficios del parto en casa. Se analizaron los resultados de seis grandes investigaciones que incluyeron 24,092 partos. Se tomó en cuenta la condición del bebé cuando nace (calificación del apgar), laceraciones (desgarros) maternas, e intervenciones. Encontraron que en los partos en casa hubo menos calificación baja del Apgar y menos laceraciones severas. Hubo también menos intervenciones médicas en los partos en casa, como inducción del parto, episiotomía, fórceps, cesáreas. La mortalidad en los dos grupos no era diferente (Olsen, 1997).

Se ha concluido como reflejo de muchos estudios, que el parto en casa es una buena alternativa al hospital para mujeres de bajo riesgo mientras sea brindado por profesionales calificados, y el índice de intervenciones médicas es reducido.

Algunas mujeres reconocen sus necesidades de tener privacidad, seguridad, confort, control, libertad y respeto en los aspectos emocionales, culturales y sociales del parto. Quizá algunas hayan tenido malas experiencias hospitalarias anteriores, o se sienten abandonadas y perturbadas por el ambiente clínico del hospital. Muchas mujeres quieren evitar intervenciones obstétricas no necesarias. Otras de las ventajas que se han mencionado, son que el contexto familiar mejora las relaciones intrafamiliares, y tener al bebé en casa puede ayudar a la madre a establecer la lactancia, adaptarse a la maternidad y formar vínculos fuertes con su bebé. (29)

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado que en muchos países la institucionalización del parto ha culminado en rutinas y procedimientos riesgosos, y que la presencia de desconocidos y estar sola o "abandonada" durante el parto causa estrés, lo que interfiere con el progreso de la labor del parto, provocando "una cascada de intervenciones". (30)

Se recomienda que las mujeres den a luz en el lugar donde se sientan más seguras y donde haya seguridad de atención. Para una mujer sin factores de riesgo podría ser en su casa, en una clínica materna o centro de partos, o en hospital, lo importante es que el sistema de atención de la salud de la madre gestante tenga buena capacidad resolutive.

En cualquier caso, el lugar del parto, según la OMS, debe ser un lugar donde toda la atención se enfoque sobre las necesidades individuales de la mujer y su seguridad, lo más próximo posible a su hogar y cultura. Los partos en casa deben tener respaldo del sistema médico, con transporte disponible y acceso pleno a atención médica en caso de una complicación o emergencia (31).

Los derechos humanos se pueden definir como la libertad para defenderse de "tratamientos" inhumanos, peligrosos, humillantes, riesgosos, sin consentimiento previo o no-evaluados. Se ha reportado en muchos casos que la institucionalización de la atención obstétrica, ejemplifica el abuso de los derechos; sometiendo sin consentimiento a muchas mujeres a procedimientos que no han sido evaluados; no se sabe las tasas ni las consecuencias de algunas "normas", como la hospitalización en el parto, los tactos vaginales, los sueros de glucosa o pitocín, las drogas cuestionadas como el cytotec, la posición obligada de litotomía, las episiotomías.

Las evidencias de otros países pueden poner en evidencia los probables riesgos de la medicalización y hospitalización del parto, y a los beneficios del parto no medicalizado, pero hasta ahora no existe la voluntad de evaluar ni modernizar las prácticas en muchos países de América Latina.

La tasa de mortalidad materna de Costa Rica se sitúa entre el promedio de Europa (36 por 100.000) y Norteamérica (11 por 100.000) llega entre 20 y 25 por 100.000 partos. La tasa promedio de América Latina es de 190 por 100.000, la de Africa 870, Oceanía 680 y Asia 390. (32)

En general, las causas de mortalidad materna en el mundo son: hemorragia (25%), infección (14%), pre-eclampsia (13%), aborto inseguro (13%), obstrucción (7%), otras causas directas (8%), causas indirectas, como anemia y malaria (20%).

Según los estudios de UNICEF y OMS, los países más ricos no siempre tienen tasas más bajas de mortalidad; la riqueza no garantiza mejores índices. La organización Save the Children indicó que los países con los índices de mortalidad materna más bajos son los que tienen un mejor sistema de salud pública, mejor educación y alfabetización mayor al 90 % de las mujeres, acceso (casi universal) al agua potable. Esas condiciones influyen para bajar el índice de mortalidad materna. Asimismo, se indica que los países en los que hay más mujeres en puestos de gobierno, tienen mejores índices de salud materna. (33)

## **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1 DISEÑO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional utilizando la base de datos del Ministerio de Salud y del Sistema Integral de Salud (SIS) del año 2002 al 2006 sobre los indicadores de mortalidad materna en el Perú y los datos se procesaron empleando el programa estadístico SPSS versión 2005.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La población de estudio para efectos de la determinación del tamaño de la muestra se hizo en función de la información y calificación de pobreza y ubicación geográfica dada por el MINSA, de las usuarias del SIS a nivel nacional entre los años 2002 al 2006.

### **3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Estuvo conformada cada una de las gestantes y parturientas y que fueron asistidas por el Sistema Integral de Salud en todo el Perú.

### **3.4 MARCO MUESTRAL**

Ingreso de la información estadística de las usuarias del SIS que acudieron a su atención obstétrica en los establecimientos a nivel nacional.

### **3.5 UNIDAD DE MUESTREO**

Lo constituyó la información estadística de las usuarias del SIS a nivel nacional y la base de datos sobre mortalidad materna en el Perú del Ministerio de Salud.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres gestantes y parturientas
- Que acudieron a los establecimientos del MINSA para su atención con el SIS.
- Que acudieron a los establecimientos del MINSA para su atención sin el SIS.

### **3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se solicitó por vía regular al despacho ministerial del Ministerio de Salud y al Sistema Integral de Salud (SIS) la información estadística sobre mortalidad materna en el Perú y se hizo la búsqueda bibliográfica de otras fuentes indirectas como ENDES para luego proceder a la recopilación de la data y la correlación entre las mismas.

### **3.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó mediante la solicitud formal al ente oficial, el Ministerio de Salud y SIS, la cual fue aceptada para luego brindar los datos requeridos sobre mortalidad materna en el Perú. En el caso del MINSA por hoja de ruta, lo cual permitió el acceso directo vía correo electrónico o en la misma oficina de epidemiología; en el caso del SIS, su respuesta fue enviada expresamente por vía electrónica luego de llenar el formulario de transparencia y acceso a la información pública de su página web, siendo ésta la única forma para disponer a la información.

### **3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para observar el impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú entre el año 2002 y 2006, se llevó a cabo la distribución de frecuencias.

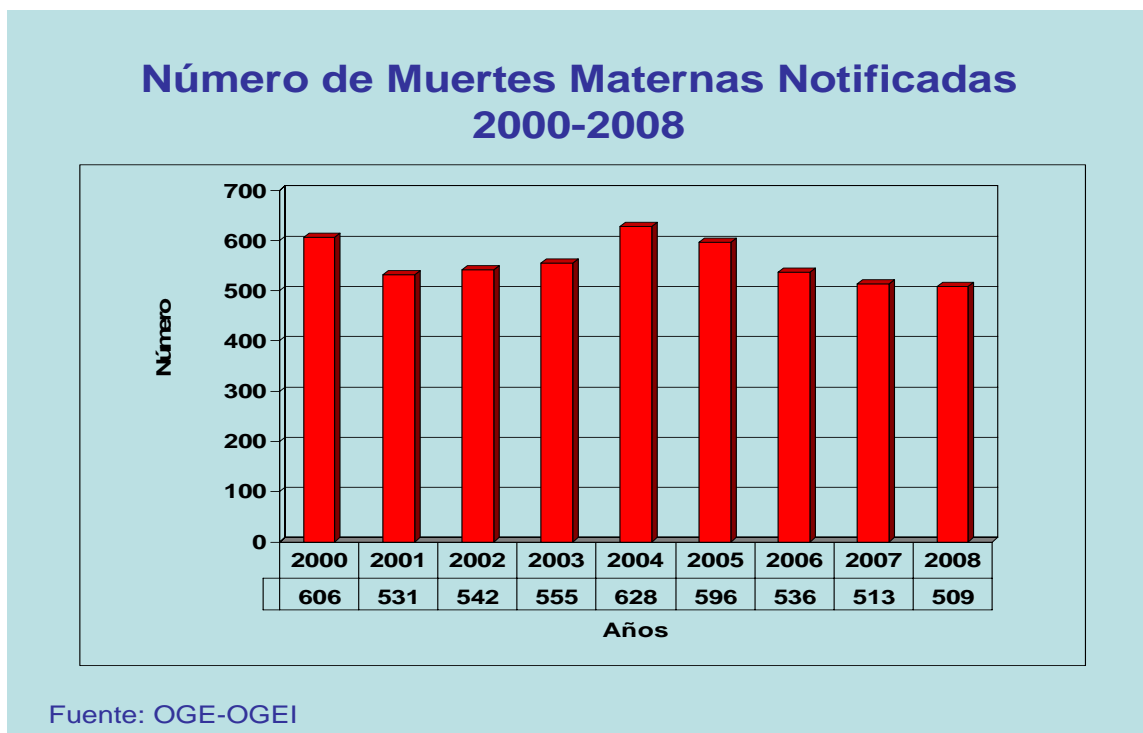
Los datos se almacenaron en el programa Excel de Windows XP Profesional y se procesaron empleando el programa estadístico **SPSS**.

## RESULTADOS

Se revisó los datos estadísticos que fueron proporcionados por el Ministerio de Salud y el SIS para observar el impacto de la intervención a través del mismo sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú entre el año 2002 y 2006, llevándose a cabo la distribución de frecuencias.

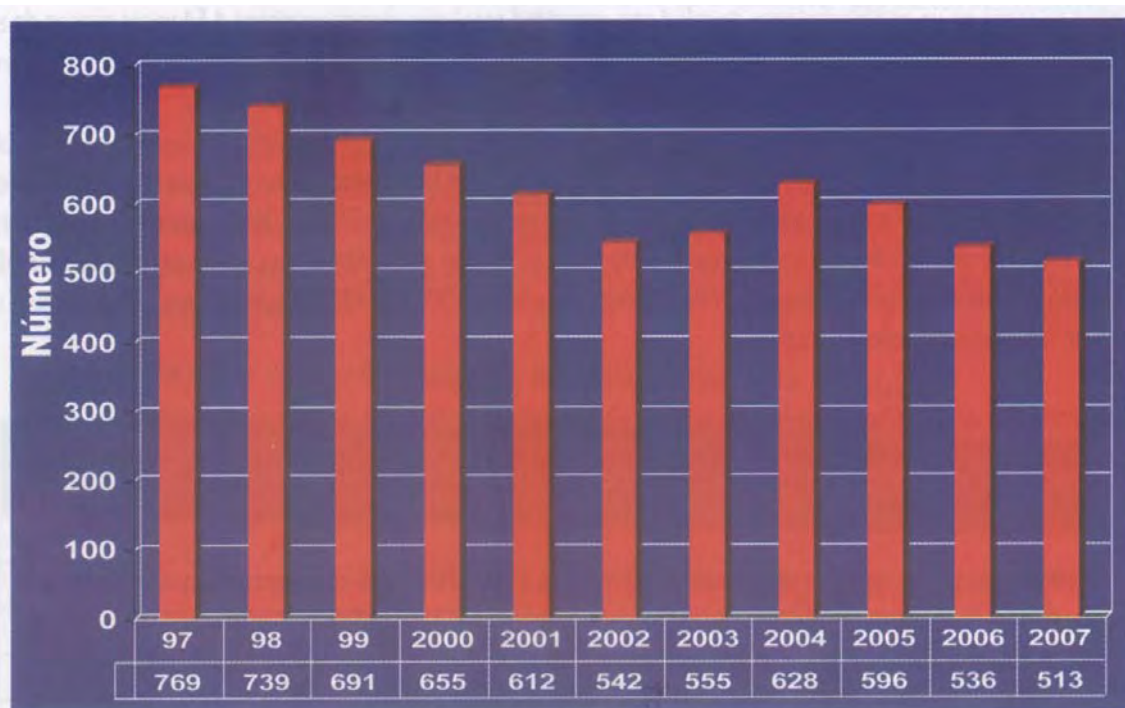
De la información recopilada pudimos determinar que el número de muertes maternas notificadas por año, según la Dirección nacional de estadística del Ministerio de Salud fue en el año 2002 de 542 muertes maternas, en el año 2003 ocurrieron 555 muertes maternas, en el año 2004 ocurrieron 628 muertes maternas, en el año 2005 fueron 596 las muertes ocurridas y en el año 2006 ocurrieron 536 muertes maternas (gráficos 1 y 2)

**Gráfico 1**



## Gráfico 2

Número de Muertes Maternas notificadas por año, 1997 - 2007



**Fuente: MINSA, DGE 2007**

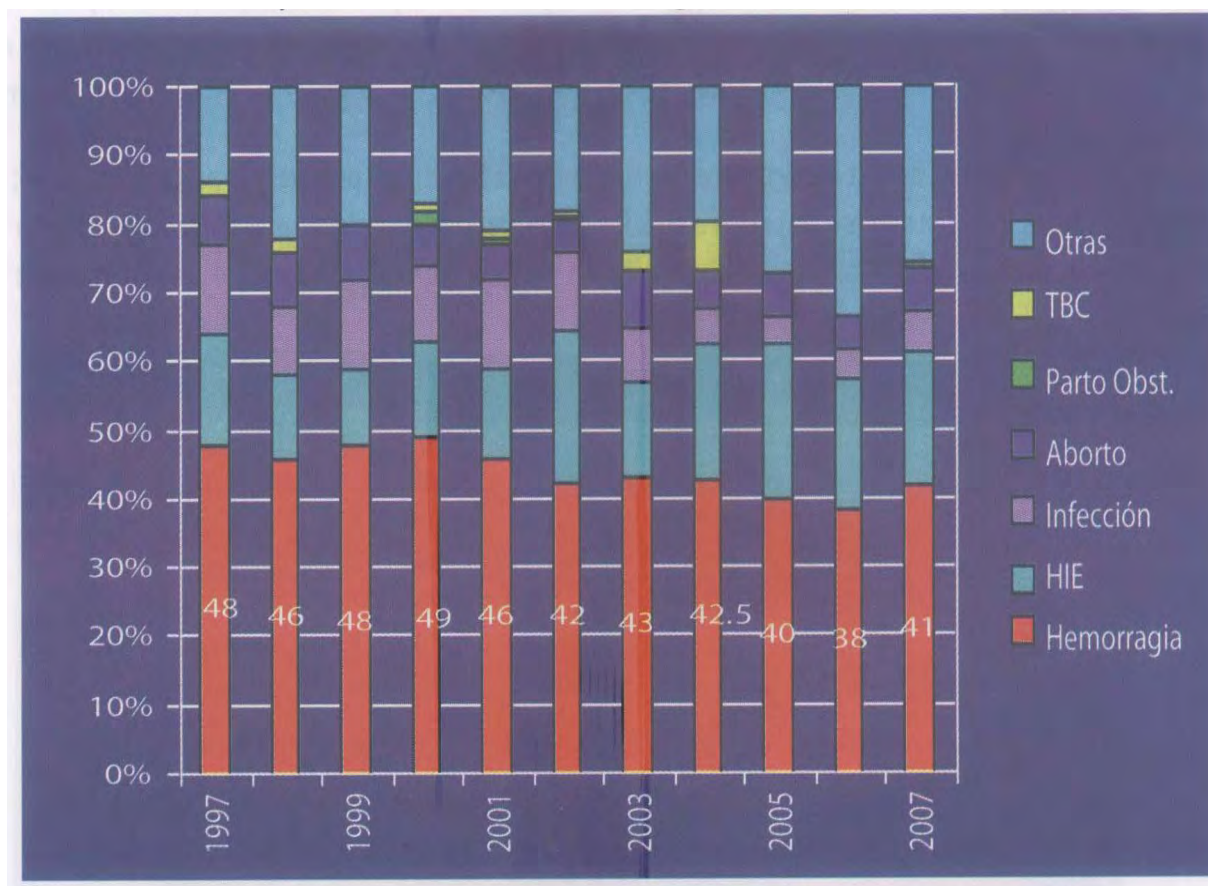
*El Ministerio de Salud durante 1997 al 2007, registró una leve reducción de muertes maternas en números absolutos, pero se considera un subregistro de aproximadamente 50%.*

En todos los casos las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) reportaron como principal causa de mortalidad materna la hemorragia (41%), seguida de la hipertensión inducida por la gestación (19%), aborto (6%) y las infecciones (6%). Además fueron reportadas otras causas como el parto obstruido, tuberculosis y otros. Asimismo, se indicó que la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto por retención de placenta y en el post parto por atonía uterina (gráfico 3).

### Gráfico 3

Porcentaje de muertes maternas según causa

Años 1997 al 2007



Fuente: MINSA, DGE 2007

Reportando estos datos pero en cifras de razón encontramos que la mortalidad materna entre el año 2002 al año 2006, tuvo en el año 2002 una ocurrencia de 185 por cien mil nacidos vivos, en el año 2003 fue de 186 por cien mil nacidos vivos, en los años 2004, 2005 y 2006 la mortalidad materna fue igualmente de 185 por cien mil nacidos vivos, según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud (gráfico 4), (22).



**Gráfico 4**



Con respecto a la atención brindada a través del Sistema Integral de Salud, se puede observar que en el año 2002 se atendieron 244,259 partos de los cuales no se detalló cuántos fueron por vía vaginal y cuántos fueron por vía cesárea.

En el año 2003, a través del SIS se reportó 323,428 atenciones de los cuales 277,211 fueron por vía vaginal y 46,217 partos fueron por vía cesárea.

En el año 2004 se atendió a través del SIS 311,439 partos, 267,559 por vía vaginal y 43,880 por vía cesárea.

En el año 2005 se atendieron 339,943 partos de los cuales 289,283 fueron por vía vaginal y 50,660 fueron por vía cesárea, y finalmente en el año 2006, se reportó la atención de 335,795 partos en total a través del SIS, de los cuales 279,503 fueron por vía vaginal y 56,292 fueron por vía cesárea (tabla 1).

**Tabla 1**

**SIS: Partos entre 2002 - 2008**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Numero de Partos	244,259	323,428	311,439	339,943	335,795	332,291	355,560
Partos normales		277,211	267,559	289,283	279,503	274,288	292,007
Cesareas		46,217	43,880	50,660	56,292	58,003	63,553

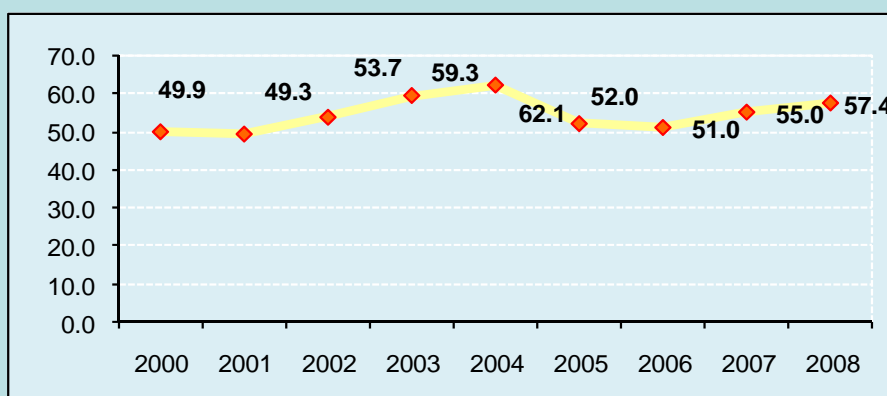
Fuente: Base de datos SIS

Nota: Las cifras reflejan el registro de la atencion de parto, descontando los registros duplicados.

Por otro lado, se ha podido notar que ha ocurrido un relativo incremento en la cobertura de gestantes controladas, tal como lo reporta el Ministerio de Salud a través de su oficina general de estadística y en la cual nos indica que en el año 2002 la cobertura fue de 49.3%, en el año 2003 fue 53.7%, en el año 2004 fue de 59.3%, en el año 2005 fue de 62.1 y en el año 2006 bajo a 52.0 (gráfico 5).

**Gráfico 5**

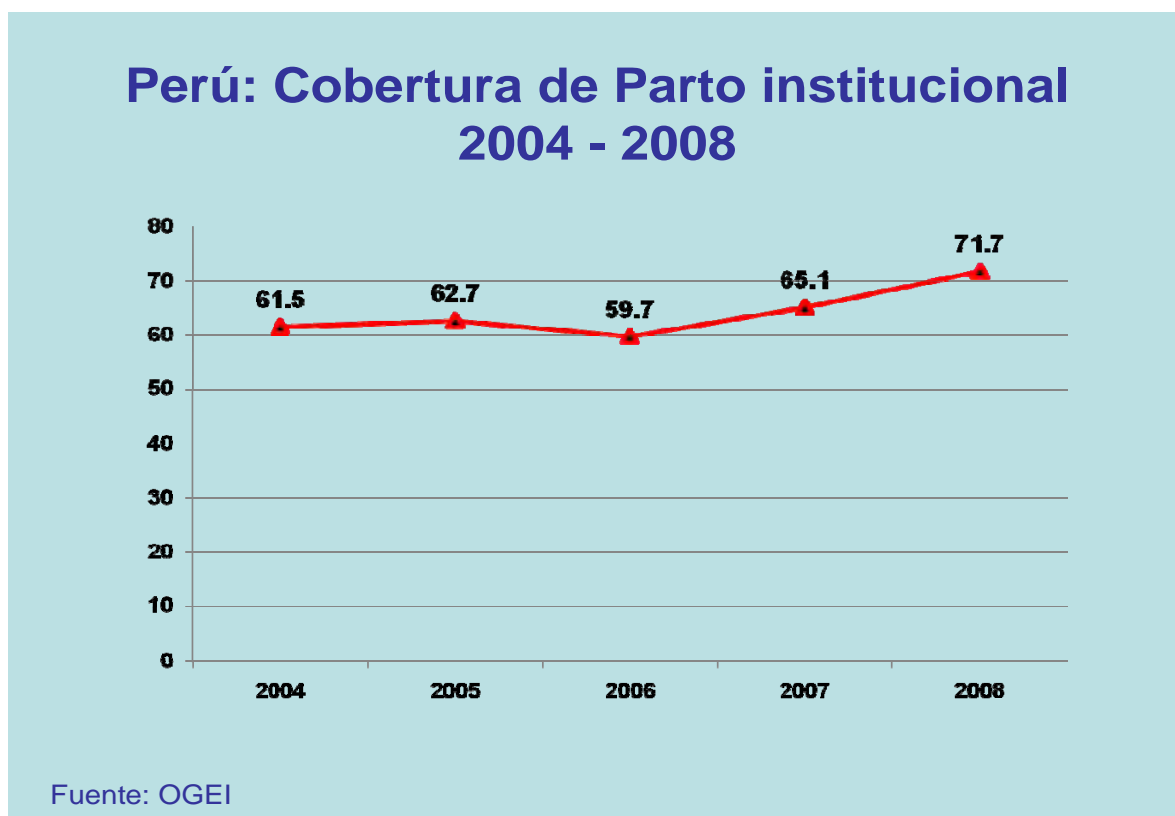
**Perú: Cobertura de Gestantes Controladas  
2000 - 2008**



Fuente: OGEI

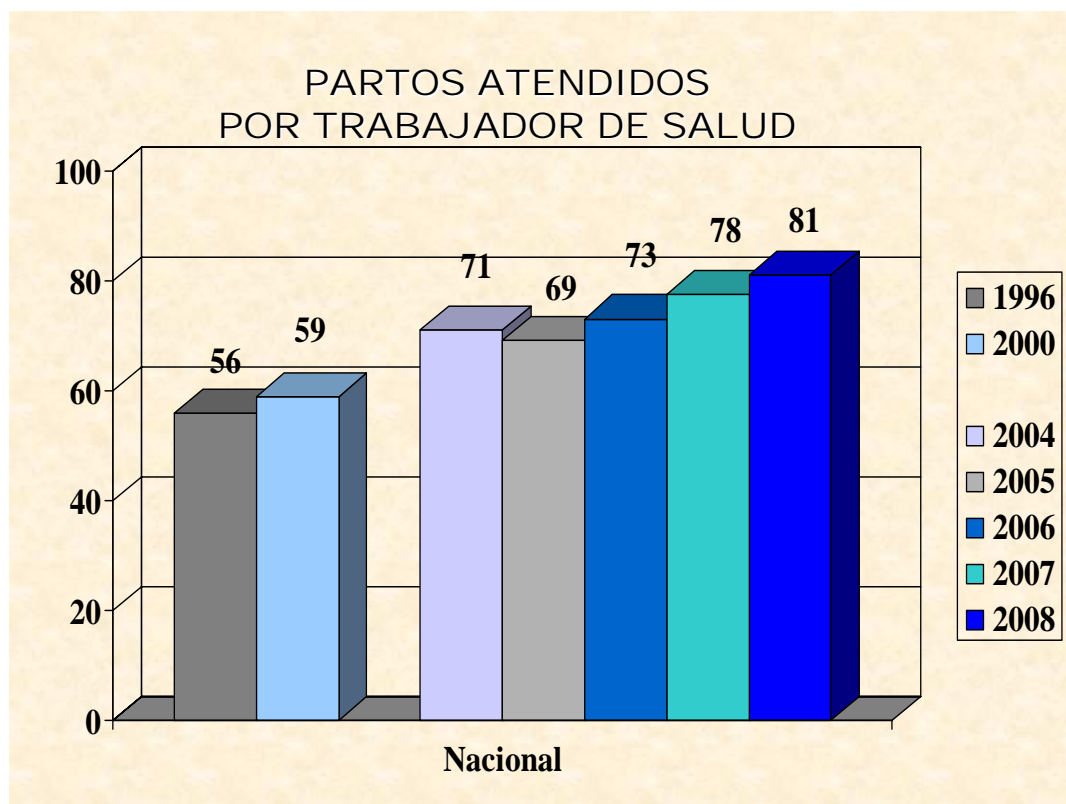
Con relación a la cobertura del parto institucional, el Ministerio de Salud ha reportado que en el año 2004 esta fue de 61.5%, en el año 2005 fue del 62.7%, en el año 2006 fue de 59.7%, (gráfico 6). No se encontró información estadística del año 2002 y del año 2003 respectivamente.

**Gráfico 6**



Esta cobertura se contrasta con la información obtenida sobre los partos atendidos por algún trabajador de salud. Se ha reportado que en el año 1996 el 56% de los partos fueron atendidos por un trabajador de salud, siendo casi semejante la cifra en el año 2000 que reportó 59% de partos atendidos por algún trabajador de salud; en el año 2004 la atención fue dada en un 71% según reporta el Ministerio de Salud, en el año 2005 fue de 69% y en el año 2006 fue el 73% (Figura 7).

**Gráfico 7**



Esto nos indica que en efecto existió un incremento progresivo de la cobertura en la atención obstétrica brindada por algún personal de salud, no obstante, las cifras de mortalidad materna no disminuyeron significadamente con relación a este indicador.

De acuerdo al reporte de mortalidad materna por lugar de ocurrencia reportado por el Ministerio de Salud, observamos que el mayor número ocurrido en cada año fue: en el año 2002 y 2003 en Puno, 56 y 66 muertes maternas respectivamente, en el año 2004 fue mayor en Cusco que reportó 56 muertes maternas; en el año 2005 y 2006 ocurrieron más muertes maternas nuevamente en Puno con 51 y 55 casos reportados respectivamente (tabla 2).

Las muertes maternas por lugar de ocurrencia fueron seguidas por Cusco en el año 2002 y 2003 con 54 y 46 casos respectivamente, luego en el año 2004 en Puno con 55 casos, en el año 2005 nuevamente Cusco reportó el segundo lugar de ocurrencia de muertes maternas con 50 casos y finalmente en el año 2006 la segunda región con más muertes maternas fue La Libertad, con 35 casos de muertes maternas (tabla 2).

Tabla 2

SIS: MUERTES MATERNAS POR MESES, SEGÚN DISAS - 2002 - 2007

Codigo	DISA	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005		Total 2006	Total 2007
						diciembre		
						reporte SIS		
TOTAL MUERTES MATERNAS		505	635	669	629		554	456

<b>TOTAL DE LAS OCHO DISAS</b>		<b>213</b>	<b>240</b>	<b>221</b>	<b>210</b>		<b>156</b>	<b>102</b>
030	APURIMAC I	9	10	8	11		6	5
050	AYACUCHO	21	23	21	31		27	12
060	BAGUA	10	11	8	11		4	3
090	APURIMAC II - ANDAHUAYLAS	3	4	6	4		3	1
110	CUSCO	54	46	56	50		15	23
130	HUANCAVELICA	18	42	36	18		15	13
140	HUANUCO	42	38	31	34		31	11
290	PUNO	56	66	55	51		55	34

<b>TOTAL DEL RESTO DE DISAS</b>		<b>292</b>	<b>395</b>	<b>448</b>	<b>419</b>		<b>398</b>	<b>354</b>
010	AMAZONAS - CHACHAPOYAS	4	2	4	3		16	1
020	ANCASH	29	14	26	24		20	22
040	AREQUIPA	1	17	17	10		26	23
070	CAJAMARCA I - CAJAMARCA	40	32	23	33		28	25
080	I CALLAO	2	9	3	6		13	9
100	CAJAMARCA II - CHOTA	3	17	15	14		13	8
120	CAJAMARCA III - CUTERVO	7	8	3	5		8	4
150	ICA	4	8	5	9		4	6
160	JAEN	9	9	17	9		9	14
170	JUNIN	27	35	39	34		30	33
180	LA LIBERTAD	32	41	49	39		35	30
190	LAMBAYEQUE	18	29	23	31		22	34
200	V LIMA CIUDAD	9	35	32	33		35	36
210	IV LIMA ESTE	0	13	13	10		13	1
220	III LIMA NORTE	4	16	19	22		16	5
230	II LIMA SUR	0	6	16	11		4	0
240	LORETO	27	24	28	34		33	18
250	MADRE DE DIOS	3	7	7	3		3	2
260	MOQUEGUA	0	0	4	1		2	3
270	PASCO	4	5	13	7		8	9
280	PIURA I	26	20	38	26		12	19
300	SAN MARTIN	18	11	18	22		18	23
310	PIURA II - LUCIANO CASTILLO	14	21	15	17		12	12
320	TACNA	1	4	5	3		4	3
330	TUMBES	2	3	0	3		2	3
340	UCAYALI	8	9	16	10		12	11

FUENTES: Base de Datos SIS

Formatos de mortalidad Materna MINSA-SIS (solamente se considera muerte con causas obstétricas - directas y indirectas)

2

8

La intervención con el Sistema Integral de Salud entre los años 2002 al año 2006, finalmente nos ha reflejado de acuerdo a las cifras obtenidas de estas mismas fuentes, que la cobertura de atención obstétrica, tanto del control prenatal como de la atención de partos, se fue incrementando progresivamente en el transcurso de estos cinco años analizados.

Sin embargo, a pesar de esta intervención no se puede evidenciar una relación directa entre el incremento de la cobertura de atención obstétrica entre los años de intervención con el SIS y una disminución importante en las cifras de mortalidad materna en el Perú.

## DISCUSIÓN

En el Perú una de las principales causas por la que la gente no se puede atender frente a los problemas de salud es la barrera económica, siendo la barrera cultural también muy importante y el motivo principal para que muchos pobladores rechacen la atención institucional, vale decir, tanto en un establecimiento de salud, como por algún profesional de la salud.

Los exámenes de laboratorio, rayos X, tomografías, medicinas, operaciones entre otros procedimientos tienen un alto costo para la población. La gente pobre no se atiende porque no tiene dinero para hacerlo.

Esto es más grave cuando la enfermedad es muy complicada. El drama de las familias, cuando uno de sus seres queridos tiene una enfermedad difícil por la que necesitan juntar dinero, siendo un asunto de vida o muerte, es grave. Los padres y familia tienen que buscar préstamos para cubrir los gastos de salud. El 82% de los peruanos que no consultaron a un profesional de salud, a pesar de sentir la necesidad de hacerlo, manifestaron que fue por falta de dinero. Cabe mencionar que en la población de muy escasos recursos económicos, la posibilidad de reconocer que están frente a una enfermedad o complicación es menor, debido a la falta de información.

Las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDES) estiman el nivel de la mortalidad materna al preguntar sobre la supervivencia de las hermanas en la entrevista. Si una hermana murió después de los 15 años de edad, se pregunta si la muerte ocurrió durante el embarazo, el parto, o dentro de los dos meses posteriores al parto. Además se pregunta la edad actual de las hermanas vivas, la edad en el momento de la muerte de las hermanas fallecidas y el año de la muerte o a cuantos años atrás ocurrió la defunción.

Con esta información se puede calcular directamente los números de muertes por períodos de tiempo y grupos de edad de las hermanas muertas y además los años-mujeres de exposición por cada período de tiempo y cada grupo de edad. De la división del uno por el otro se obtiene directamente la Tasa de Mortalidad Materna (TMM). Dividiendo la TMM por la tasa de fecundidad general se obtiene la Razón de Mortalidad Materna (RMM). Este es el método utilizado en las ENDES del Perú y en los otros países.

Para un dato próximo, se tabula la mortalidad materna usando datos del período de 0 a 6 años anteriores a la entrevista.

Para la ENDES continua se utilizan los datos de los ciclos 1 a 5 (2003/04 a 2008). Entonces la fecha central para ese periodo es el mayo del 2003.

En nuestro país se ha establecido un sistema de vigilancia epidemiológica que se encarga de detectar las zonas donde podrían haber gestantes y/o parturientas en riesgo de morbilidad o mortalidad.

De esta forma se ha identificado tres tipos de demoras asociadas a la mortalidad materna: la primera es la que se refiere al reconocimiento de la emergencia, es decir, la madre gestante o parturienta, incluso la familia, desconoce los signos de peligro y ante la presencia de alguno de ellos son incapaces de reconocer a tiempo una urgencia grave, es decir detectarla y tomar una decisión.

La segunda demora está asociada a la decisión, es decir, una vez detectada la emergencia la mujer debe disponerse a acudir al centro de atención o a llamar al profesional de la salud, sin embargo, en muchos pueblos la decisión está en manos del marido, quien se niega a hacer uso de los establecimientos de salud por diferentes motivos, como, desconfianza, dinero, lejanía u otros y sencillamente opta por no llevar a la gestante ante la emergencia, sometiéndola a todos los riesgos inherentes a la situación. Hay que tomar en cuenta que este hecho está muy ligado a la violencia basada en género que es muy radical sobre todo en zonas rurales o incluso urbano marginales en nuestro país.

La tercera demora está en la falta de solucionar el problema una vez que la paciente ha llegado al establecimiento, y esto puede deberse a: falta de capacidad resolutive del personal profesional de salud, o a la falta de insumos o tecnología para afrontar adecuadamente y solucionar la ocurrencia.

(12)

Es preocupante observar que a pesar de la intervención que se ha tenido con el SIS, que fundamentalmente ofrece y administra el financiamiento de la atención obstétrica y la cual incluso enuncia como uno de sus objetivos la reducción de la mortalidad materna, no ha logrado una verdadera diferencia estadísticamente significativa en cinco años de intervención, tiempo suficiente en el cual cualquier intervención puede reflejar su eficacia y/o eficiencia. Esto es claro simplemente al observar que el número de muertes maternas notificadas por año, según la Dirección nacional de estadística del Ministerio de Salud fue en el año 2002 de 542 muertes maternas, en el año 2003 ocurrieron 555 muertes maternas, en el año 2004 ocurrieron 628 muertes maternas, en el año 2005 fueron 596 las muertes ocurridas y en el año 2006 ocurrieron 536 muertes maternas; Asimismo, observamos igualmente que en todos los casos las Direcciones Regionales de Salud reportaron como principal causa las hemorragias, seguidas de la hipertensión inducida por la gestación. Además fueron reportadas otras causas como las infecciones, abortos, parto obstruido, tuberculosis y otros, lo que nos estaría sugiriendo que no basta con el financiamiento de



intervenciones en salud, sino que es urgente realizar un verdadero trabajo de campo para identificar no solo las causas económicas, sino también, factores intervinientes de otra índole como las barreras culturales, geográficas, sociales y otras que serían tan o más influyentes que la brecha económica.

No hay que olvidar que vivimos una realidad social que aún refleja mucha inequidad e injusticia social, y eso lo podemos inferir fácilmente cuando conocemos los dos principales motivos de queja o insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud al ser encuestados, y quienes manifiestan que las dos principales insatisfacciones que tienen son por: el excesivo tiempo de espera para la atención y el maltrato. (12)

Esto nos hace pensar en un sistema de atención en salud, que aún no se ha preocupado por extrapolar en todos sus niveles de atención la calidad total, y esta implica la calidez en el trato del personal tanto profesional como no profesional. En algunos establecimientos incluso se negarían a recibir a las pacientes por pretextos como el que no pueden ser atendidas si son llevadas por una partera del pueblo, tal como ha sido señalado durante el Foro Maternidad Segura a través de la Discusión sobre Mortalidad Materna con Énfasis en Países en Desarrollo, desarrollado por vía virtual a partir del año 2008. (34)

Un sistema que brinde atención en salud debiera considerar los atributos de la calidad, los cuales además han sido establecidos para los hospitales e institutos especializados del sector, de acuerdo a normas técnicas del ministerio de salud. Estos atributos incluyen:

**Respeto al usuario:** Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

**Información completa:** Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a las personas tomar decisiones sobre su salud.

**Eficiencia:** Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.

**Eficacia:** Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.

**Continuidad:** Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.

**Oportunidad:** Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

**Integralidad:** Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

**Trabajo en Equipo:** Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

**Privacidad:** Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.

**Accesibilidad:** Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.

**Satisfacción del usuario externo:** Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.

**Satisfacción del usuario interno:** Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.

Al ser la mortalidad materna y perinatal, una prioridad considerada en el listado de primacías para los establecimientos del sector salud, sería oportuno concentrar todos los esfuerzos posibles para el logro de los estándares de calidad en esta área de atención. (35)

En el Ecuador, al igual que el resto de la región, la morbi - mortalidad materna principalmente por complicaciones en el postparto y aborto son muy significativas. Como política, en el país se decretó la Ley de Maternidad Gratuita, la cual cubre las demandas de salud tanto de la madre como del niño hasta los cinco años de edad. A través de esta se ha capacitado al personal de salud (Médicos Generales y Obstetrices) en los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia CONE, y se ha institucionalizado el Parto Vertical. Asimismo, se han editado nuevas normas neonatales por parte del Ministerio de Salud Pública, así como en la Escuela de Obstetricia, a través del texto guía sobre las normas del MSP. Se ha incorporado el Parto vertical y el CONE en la malla curricular de la cátedra de Obstetricia.

Como podemos observar, se han venido incorporando políticas de atención en los diferentes países de la región, con la finalidad de reducir las muertes maternas, sin embargo, estas aún son insuficientes y no han logrado el objetivo principal: disminuir las muertes maternas.

La atención del parto en un establecimiento de salud incrementó de 50 por ciento al 80 por ciento entre la ENDES de 1996 y la ENDES Continua de 2007-08.

Con respecto a la atención brindada por el Sistema Integral de Salud, se puede observar que ha habido un incremento progresivo y lento, tanto así que al inicio de la intervención, es decir, en el año 2002 se atendieron 244,259 partos, luego hubo un incremento importante de cerca de 79,000 partos para el año 2003 que reportó 323,428 atenciones de los cuales 277,211 fueron por vía vaginal y 46,217 partos fueron por vía cesárea.

En el año 2004 disminuyó en 11,989 atenciones, pues reportó 311,439 partos, 267,559 por vía vaginal y 43,880 por vía cesárea (tabla 1).

En el año 2005 volvió a subir ligeramente la cifra en 28,504, ya que el SIS atendió 339,943 partos de los cuales 289,283 fueron por vía vaginal y 50,660 fueron por vía cesárea, y finalmente en el año 2006 el SIS reportó la atención de 335,795 partos en total, es decir que se incrementó en 4,148; de los cuales 279,503 fueron por vía vaginal y 56,292 fueron por vía cesárea.

Sin embargo, esto nos indica que a pesar que se ha ido incrementando progresivamente la cobertura financiada por el SIS, esta no se ha visto reflejada en los resultados de indicadores de mortalidad materna entre estos años, lo cual nos reforzaría la idea que no basta con financiar, sino que hay que evaluar todos los factores que intervienen en el estado de salud y situación de atención de la salud para las madres gestantes y/o parturientas.

Por otro lado, se ha podido notar que ha ocurrido un relativo incremento en la cobertura del control prenatal, tal como lo reporta el Ministerio de Salud a través de su oficina general de estadística y en la cual nos indica que en el año 2002 la cobertura fue 49.3%, en el año 2003 fue 53.7%, en el año 2004 fue de 59.3%, en el año 2005 fue de 62.1 y en el año 2006 bajo a 52.0% (gráfico 4), pero su influencia tampoco se vio reflejada en la disminución de la mortalidad materna, motivo por el cual deberíamos observar bajo que condiciones se está brindando, es decir, si se está brindando con calidad, con eficacia diagnóstica y con calidez, lo cual es muy difícil conseguir cuando se atiende con la preocupación de las exigencias de cubrir las metas y no con la tranquilidad de atender a cada gestante con el tiempo suficiente y prudente para realizar una buena atención.

Esta cobertura en el control prenatal se contrasta con la información obtenida sobre los partos atendidos por algún trabajador de salud, lo que reportó en el año 1996, que el 56% de los partos fueron atendidos por un trabajador de salud, siendo casi semejante la cifra en el año 2000 que reportó 59% de partos atendidos por algún trabajador de salud; en el año 2004 la atención fue dada en un 71% según reporta el Ministerio de Salud, en el año 2005 fue de 69% y en el año 2006 fue el 73%, nuevamente esto nos indica que en efecto existió un incremento progresivo de la cobertura en la atención obstétrica brindada por algún personal de salud, no obstante, las cifras de mortalidad materna no disminuyeron significadamente con relación a este indicador, probablemente por las razones ya explicadas anteriormente.

Muchas veces cuando se presenta un embarazo complicado es necesario que el parto se haga por cesárea. En el área rural, el porcentaje de partos por cesárea es por debajo del rango normal que se estima, entre el 12 a 15 por ciento de los partos. Esta carencia podría indicar que aún en el área rural los servicios de salud no son suficientes para atender todas las emergencias obstétricas.

Al contrario, en el área urbana el porcentaje de partos por cesárea es muy por encima del rango normal. (36)

Por otro lado, la atención profesional que según los resultados obtenidos, se habría incrementado en su cobertura progresivamente, del 59% en el año 2000, al 73% en el año 2006, tampoco ha demostrado ser suficiente para disminuir las muertes maternas entre los años 2002 al 2006, tal como lo hemos observado de los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud, lo cual nos haría pensar en importantes factores intervinientes como por ejemplo la capacidad técnica del personal a cargo o la disponibilidad de recursos para solucionar las emergencias y complicaciones.

Por su puesto, no hay que dejar de lado el componente humano, es decir, la atención personalizada y considerada, esto significa que no hay que desconocer el comportamiento y actitud como elementos indispensable para una atención de calidad y si este factor estuviera faltando en el personal a cargo de brindar la atención de salud, especialmente frente a emergencias, pues explicaría también en parte una de las demoras para que la gestante o parturienta reciba asistencia no solo oportuna sino personalizada. (37)

El control post-parto es muy necesario para que se evite que una infección, debido al parto, termine en una muerte materna. El porcentaje de madres que han recibido un control post-parto dentro de los dos días después del parto se incrementó de 63 por ciento en la ENDES 2000 al 81 por ciento en la ENDES Continua 2007-08. La gran mayoría de las madres tuvieron un control post-parto por una persona calificada. Sin embargo, los datos sobre el control post-parto solamente refieren a madres sobrevivientes por que se carece información sobre las madres que han fallecido.

Tener sistema con seguro de atención en salud ayuda a las madres a tener acceso al control profesional prenatal, un parto institucional, y el control post-parto. La afiliación con algún seguro de salud aumentó de 28 por ciento de las mujeres en edad fértil en ENDES 2000, a 39 por ciento en ENDES Continua 2007-08. Este incremento se debe principalmente a la institución del SIS Materno-Infantil. Sin embargo, este incremento en la atención profesional o institucional no ha logrado la ansiada reducción de la mortalidad materna en el Perú.

Igualmente, hemos podido observar que la mortalidad materna entre los años 2002 al 2006 se ha dado mayormente en las regiones de Puno y Cusco respectivamente, siendo zonas mayormente rurales y con patrones culturales y características geográficas muy específicas de la zona y que nos estarían sugiriendo que tal vez no se ha tomado en cuenta las particularidades de esta población y su entorno para poder acceder a brindar una atención con calidad a cada madre en

etapa de gestación y/o parto, de esta manera estar realmente listos para solucionar cualquier complicación.

Podríamos considerar algunas razones posibles para que no haya bajado la mortalidad materna en el Perú. Una de ellas estaría asociada a que aunque se ha expandido el acceso a los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales, los servicios aún no están en condiciones de atender adecuadamente los partos complicados, siendo deficiente los suministros, equipamiento y capacitación.

Otra razón sería a que aún hay demoras demasiado largas en obtener la atención cuando surge una emergencia, esta parte de la demora en reconocer que se requiere una intervención inmediata, atrasa la llegada a un establecimiento de salud, que podría brindar la atención requerida, lo cual también demoraría la atención después de llegar al establecimiento. Una situación que puede ayudar a reconocer oportunamente cualquier signo de alarma es cuando la pareja cuenta con una buena preparación prenatal integral, conocida también como psicoprofilaxis obstétrica (PPO), lo cual le permite, saber tomar la decisión de buscar inmediatamente atención con la finalidad de solucionar la emergencia y reducir los riesgos, aún en situaciones especiales como los derivados de los antecedentes personales, médicos o socio-culturales. Esta preparación integral permitiría que la población materna cuente con información real y oportuna relacionada a los cuidados sobre su salud. (38)

Lamentablemente en nuestro país, la cobertura en la atención de PPO es baja y existe desuso, debido a que no existen acciones de promoción y difusión suficientes de las ventajas que trae a la salud de la gestante y del recién nacido. Hay limitaciones socio-económicas y una sub-representación de los factores asociados a la provisión del servicio, es decir, existe muy poca oferta. (39)

En otro análisis podríamos inferir que aún podría ser alto el número de abortos clandestinos a pesar del descenso en la tasa de la fecundidad no deseada en el Perú.

Sin embargo, en todos los casos podemos observar que hay un común denominador, y es que no es suficiente obtener financiamiento para lograr atención de servicios de salud, hace falta ejercer un trabajo operativo exhaustivo que determine las necesidades resolutivas desde la capacidad, habilidad y destreza del equipo profesional y no profesional, hasta la provisión de infraestructura técnica y moderna para que realmente se pueda ofrecer una atención de calidad y con ello se puedan salvar muchas vidas de las madres en el Perú.

El trabajo no debería ser solo de financiamiento desde un nivel ejecutivo o gerencial. Aún cuando el SIS considera el control y atención del embarazo, el suplemento de hierro y ácido fólico, enfermedades infecciosas del embarazo, consejería nutricional y planificación familiar, estos aspectos al parecer no consideran, o no han reflexionado lo suficiente en otros factores intervinientes de igual y mayor trascendencia para el logro de la esperada maternidad saludable en nuestro país, tales como los factores asociados a las brechas culturales y geográficas, principalmente. (40)

Desde la década del 70, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado diversos trabajos relacionados a la asistencia prenatal, del parto y postparto, motivado por la expansión del uso de la tecnología, su costo elevado y cuestionamientos sobre su real necesidad. A lo largo de los 80, se dieron conferencias de consenso sobre estrategias basadas en evidencias científicas y el uso apropiado de la tecnología en la atención obstétrica, con la publicación de diversas recomendaciones para la labor asistencial, entre ellas algunas favorables como la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto respectivamente, la educación prenatal, el acompañamiento y apoyo psico-afectivo en el parto. Por otro lado, también se enlistaron algunas prácticas para abandonar, como el uso del enema, el rasurado y el uso rutinario de algunas intervenciones obstétricas como la amniotomía, episiotomía entre otros. (41)

Los formuladores de estas recomendaciones han afirmado que para entender como proporcionar cuidados perinatales adecuados, es fundamental considerar los factores culturales, sociales, emocionales, psicológicos durante todo el proceso, y para ello sería necesario hacer profundas transformaciones en la estructura de los servicios de salud, entre ellas un cambio de actitud del equipo asistencial, redistribución de recursos físicos y humanos. Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones no se estaría dando un uso masivo de la medicina basada en evidencias, es decir, aún se conservan muchas prácticas innecesarias.

En 1996, la OMS lanzó la publicación “Care in normal birth: a practical guide” (Atención del parto normal: Guía práctica), refiriéndose a todas las formas de prácticas obstétricas, clasificándolas en cuatro categorías desde las muy positivas y recomendables hasta las altamente negativas y para abandonar. (42)

El esfuerzo debe darse en cada planta de intervención, es decir, en cada campo de acción, en todos los niveles de atención y complejidad, reconociendo las verdaderas limitaciones tecnológicas, de infraestructura, de comunicación tanto interpersonal como geográfica y de la disponibilidad de recursos humanos calificados que existen en cada región, para con ello ofrecer un verdadero cambio y no solo una oportuna atención, sino una verdadera solución a cualquiera que sea la complicación obstétrica que se presentara. (43)

Sería de gran valor que se dispusiera ágilmente de información completa y detallada relacionada a los tipos de complicación ocurridas y el nivel de atención del establecimiento de salud donde no se pudo solucionar la emergencia y que terminó en una muerte materna, de esta forma podríamos conocer específicamente datos importantes como, si el tipo de emergencia fue atendido por el establecimiento con el nivel de complejidad que le correspondía, o si el establecimiento con nivel de complejidad necesario, aún no existe en las regiones con mayor mortalidad materna; Asimismo, si el nivel de complejidad es el correcto, pero aún así, no cuenta con suficientes recursos ya sea humanos, técnicos u otros que les permita solucionar las complicaciones y salvar vidas maternas.

Lamentablemente algunos datos son restringidos, tanto en el ministerio de salud, que no cuenta con informes puntuales y disponibles para brindar información sobre los niveles de complejidad donde ocurren las muertes maternas. Igualmente en el caso del SIS, que proporciona información también limitada, solo a través de la oficina de transparencia y acceso a la información pública, expresamente por vía electrónica previa solicitud, tal como se anexa en el presente estudio.

Estos datos son de vital importancia, pues de ellos se podrían trabajar propuestas acorde con cada realidad y necesidad, que no solo implique disponer de un presupuesto, sino también de suficientes recursos para una buena intervención, con monitoreo periódico y control de calidad, que consideren todos los factores intervinientes que podrían generar una muerte materna, para con ello apuntar a una verdadera intervención exitosa.

Los que deciden deben vigilar esta realidad y establecer como una verdadera preferencia la tarea de reducir la mortalidad materna en nuestro país, para poner urgentemente en su agenda de prioridades este tema, pendiente de propuestas concretas, viables y sobre todo técnicas, con profesionales muy capacitados y sensibilizados con esta labor.

## **CONCLUSIONES**

1. La intervención con el Sistema integral de Salud ha mejorado la cobertura de la atención institucional obstétrica, tanto del control prenatal en un 2.7%, como del parto en un 2% aproximadamente.
2. A pesar del incremento en la cobertura de atención institucional, el Sistema Integral de Salud no ha tenido impacto en la reducción de la mortalidad materna en el Perú entre los años 2002 al 2006.
3. De la información oficial revisada, no se ha logrado conocer las causas de mortalidad materna ocurridas en cada nivel de atención. No se dispone ágilmente de datos estadísticos asociados a los indicadores maternos y/o perinatales a través de las instituciones oficiales como el Ministerio de Salud y el SIS.



## **RECOMENDACIONES**

1. Redireccionar la atención del parto por el SIS, para considerar los niveles de complejidad y capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención adecuada de las emergencias obstétricas.
2. Sería conveniente reevaluar las características operativas del Sistema Integral de Salud para que su intervención logre no solo el objetivo de financiar la atención obstétrica, sino que esta a su vez logre el objetivo específico de reducir la mortalidad materna en el Perú.
3. Sería conveniente que el MINSA y el SIS dispusieran de un equipo técnico calificado que trabaje conjuntamente con el de vigilancia epidemiológica y maneje los datos estadísticos procesándolos puntualmente y de manera integral para lograr obtener la información necesaria para las investigaciones que apuntan a una mejora continua de la situación de salud materna en el Perú.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ministerio de Salud**, *Conversando entre madres, parteras, obstetricas y medicos*, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Boletín No 1, 1998
2. **Endes 2000**
3. **Ministerio de Salud**, Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – julio 2006. Ministerio de Salud – Dirección general de comunicaciones. Lima, 2002.
4. **Family Health International**, *Mejoras en los servicios de salud reproductiva*, Network en español, Vol. 21, No 3, 2002
5. **Rutstein Shea**, Estimación de la Mortalidad Materna en el Perú a partir de las Encuestas ENDES 1996, 2000 y 2004 - 2008
6. **Family Health International**, *Etapas de la vida reproductiva*, Network en español, Vol. 22, No 1, 2002
7. **Family Health International**, *Etica y salud reproductiva*, Network en español, Vol. 21, No 2 - 2001
8. **UNFPA**, *VIH Prevention in maternal health services programming guide*, EngenderHealth, United Nations Population Found, 2004
9. **Ministerio de Salud**, *Conversando entre madres, parteras, obstetricas y medicos*, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Boletín No 2, 1998
10. **Endes 2004**
11. **UNFPA**, Agencies Issue Joint Statement for Reducing Maternal Mortality <http://unfpa.org/news/pressroom/1999/maternal.htm>
12. **Ministerio de Salud**, *Proyecto 2000, Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria*, Dir. Gral. Salud de las personas, Perú.
13. **Ministerio de Salud**, Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009 – 2015, Lima 2009
14. **Banco Mundial**, *Seguimiento y evaluación – Libro de consulta para estrategias de reducción de la pobreza. Evaluación de impacto*. Washington D.C., 2000
15. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Salud perinatal*, Diciembre, 1998
16. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Salud perinatal*, Abril, 2000
17. **Ministerio de Salud**, *Guía de salud sexual y reproductiva*, 2005
18. **Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, República Argentina**, *Propuesta normativa perinatal*, Secretaría de recursos y programas de salud, Ministerio de Salud de la nación, 1993.
19. **Baker J**, *Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: Manual para profesionales*. Banco Mundial, Washington D.C., 2000.

20. **Baca H, Lam J, Piña F**, *Fundamentos de la administración estratégica en salud*, Universidad de San Martín de Porres – Facultad de Obstetricia, Crea Imagen S.A.C., 2001.
21. **Bajo la lupa**, *Salu: Derecho universal*, Revista mensual de análisis y propuestas N° 7
22. <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/impact/overview/howtoevl.htm>
23. **Rosero L.**, *Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental*, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 15 N° 2 Washington Feb. 2004
24. **Videla Mirta, Griego Alberto**, *Parir y nacer en el hospital*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.
25. **Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica, ASPPO**, *Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica*, 2da Edición, Perú, Cimagraf, 1999
26. **Pacheco J, Távara L, Denegri J, Urquiza R**, *Salud Materna y Perinatal*, Red Peruana de Perinatología, 1990.
27. **BMJ**, N° 7068 Vol 313, 23 de noviembre 1996, Pág. 1306-9, 1313-8.
28. **SIID.SIA**. *División de Política social. Los indicadores en la evaluación del impacto de programas*, Banco Mundial. 2003
29. **Herrera M**, *Mortalidad materna en el mundo*. Revista chilena de Obstetricia y ginecología. v.68 n.6 Santiago 2003
30. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Salud perinatal*, Diciembre, 2001
31. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Novedades del CLAP*, No 23, 2003
32. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Novedades del CLAP*, No 24, 2003
33. **Thomas, Pat**, AIMS (Asociación para mejoramientos en la maternidad, Reino Unido) (<http://www.aims.co.uk>)
34. **Foro virtual de Maternidad Segura en países en desarrollo**
35. **Ministerio de Salud**, Dirección ejecutiva de calidad en salud, *Normas técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados*, 2003
36. **Kitzinger S**, *Nacimiento en casa*, Icaria Editorial, Barcelona, 1996
37. **Centro Latinoamericano de Perinatología**, *Novedades del CLAP*, No 25, 2003
38. **Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica, ASPPO**, *Boletín Científico*, Año 11 No 31, 2009
39. **Villar R.**, *Factores asociados al uso de Psicoprofilaxis Obstétrica en puérperas usuarias y no usuarias de Psicoprofilaxis Obstétrica de los hospitales María Auxiliadora y Rezola de Cañete*, Tesis de Magíster, 2007
40. <http://www.sis.gob.pe> Transparencia / Formulario de acceso para información pública
41. <http://www.gentlebirth.org/archives/whoplac.html>
42. <http://www.who.ch/pli/dsa/cat97/mat.htm#care>
43. [http://www.acuerdosocial.com/download/cdt\\_292.htm](http://www.acuerdosocial.com/download/cdt_292.htm)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

*Sabrina Ynés Morales Alvarado, L.O., M.G.S.S.*

Av. Javier Prado Oeste N° 555 Dpto. 1501 San Isidro  
Telefax: +(511) 421 09 70 [sabrinamoraless@telefonica.net.pe](mailto:sabrinamoraless@telefonica.net.pe)

San Isidro, 26 de junio de 2009

Señor Doctor  
**Dr. Oscar Raúl Ugarte Ubilluz**  
Ministro de Salud  
Presente.-



Estimado Señor Ministro:

Tengo el agrado de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitar a su digno despacho las facilidades para contar con información estadística sobre indicadores de salud materna y perinatal en el ámbito nacional y resultados del SIS entre los años 2002 a 2007 por motivo de encontrarme desarrollando mi trabajo de Tesis Doctoral para la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y con la cual espero brindar un aporte en beneficio de la gestión en la salud de nuestra población.

Asimismo, adjunto el Dictamen N° 254-UPG-FM-2007 que oficializa la inscripción de mi Proyecto de tesis para su gentil consideración.

Agradeciendo su gentil atención, me despido deseándole éxitos en su gestión y hago propicia la ocasión para expresarle mi especial estima personal.

Cordialmente,

**Sabrina Ynés Morales Alvarado**

DNI N° 07642263

COP: 3733



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

"AÑO DE LA INTERNACIONALIZACIÓN INSTITUCIONAL"



DICTAMEN N° 254-UPG-FM-2007

11 de diciembre del 2007

**VISTO:**

El Oficio N° 188-SD-UPG-FM-2007 del Jefe de la Sección Doctoral con relación a la solicitud presentada por el alumno ingresante 2004 al Doctorado en Ciencias de la Salud, doña **SABRINA YNÉS MORALES ALVARADO**, con código de matrícula 04017114, quien solicita Inscripción del Proyecto de Tesis y Nombramiento de Asesor de Tesis;

**CONSIDERANDO:**

Que, lo solicitado por doña **SABRINA YNÉS MORALES ALVARADO**, es procedente, según el Reglamento General de los Estudios Doctorales (Art. 10).

**SE DICTAMINA:**

1. Inscribir el Proyecto de Tesis Titulado **"IMPACTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD SOBRE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ DEL AÑO 2002 AL 2006"**.
2. Designar al **DR. HERMAN VILDÓZOLA GONZÁLES**, como Asesor del Proyecto de Tesis.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POST GRADO

Dr. JOSÉ ERNESTO RAÍZ GONZÁLEZ  
Director

## ANEXO 2

**RV: no te olvides - Mensaje (HTML)**

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Acciones 2 Adobe PDF

Responder Responder a todos Reenviar

Mensaje enviado con importancia Alta.

De: Maria Elena Martinez Barrera [mmartinez@minsa.gob.pe]  
Para: 'Sabrina Morales'  
CC:  
Asunto: RV: no te olvides  
Enviado el: Viernes 24/07/2009 09:05 a.m.  
Datos adjuntos: EVIDES\_Continua\_Mortalidad Materna.ppt (1,022 KB)

Otra parte mas

**LIC. MARÍA ELENA MARTINEZ BARRERA**  
Experto Sistema Administrativo I  
Oficina de Estadística  
Oficina General de Estadística e Informática  
Ministerio de Salud  
mmartinez@minsa.gob.pe  
Telf: 31566000 - Anexo 2351 -- Celular 999582991

De: Maria Elena Martinez Barrera [mailto:mmartinez@minsa.gob.pe]  
Enviado el: viernes, 24 de julio de 2009 8:17  
Para: 'Sabrina Morales'  
Asunto: RV: no te olvides

Nuevamente te envío

**LIC. MARÍA ELENA MARTINEZ BARRERA**  
Experto Sistema Administrativo I  
Oficina de Estadística  
Oficina General de Estadística e Informática  
Ministerio de Salud  
mmartinez@minsa.gob.pe  
Telf: 31566000 - Anexo 2351 -- Celular 999582991

De: Maria Elena Martinez Barrera [mailto:mmartinez@minsa.gob.pe]  
Enviado el: jueves, 23 de julio de 2009 17:50  
Para: 'Sabrina Morales'  
Asunto: RE: no te olvides

**Solicitud de información - Mensaje (HTML)**

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Acciones 2 Adobe PDF

Responder Responder a todos Reenviar

Respondió el 28/08/2009 09:23 a.m.

De: Marco Polo Bardales Espinoza [mbardalese@minsa.gob.pe]  
Para: sabinamoraless@telefonica.net.pe  
CC: 'MARIA ELENA MARTINEZ BARRERA'  
Asunto: Solicitud de información  
Enviado el: Jueves 27/08/2009 05:45 p.m.  
Datos adjuntos: SABRINA MORALES.xls (44 KB)

Señorita  
Sabrina Morales

Respecto a su solicitud de información, estamos haciéndole llegar los datos que disponemos actualmente.  
Cordiales saludos

Marco Bardales

De: Marco Polo Bardales Espinoza [mailto:mbardalese@minsa.gob.pe]  
Enviado el: Miércoles, 26 de Agosto de 2009 05:39 p.m.  
Para: mbardalese@minsa.gob.pe  
Asunto: Solicitud de Sabrina morales

De: MARIA ELENA MARTINEZ BARRERA [mailto:mmartinez@minsa.gob.pe]  
Enviado el: Miércoles, 26 de Agosto de 2009 11:09 a.m.  
Para: MARCO POLO BARDALES ESPINOZA  
Asunto: RV: MÁS DATOS

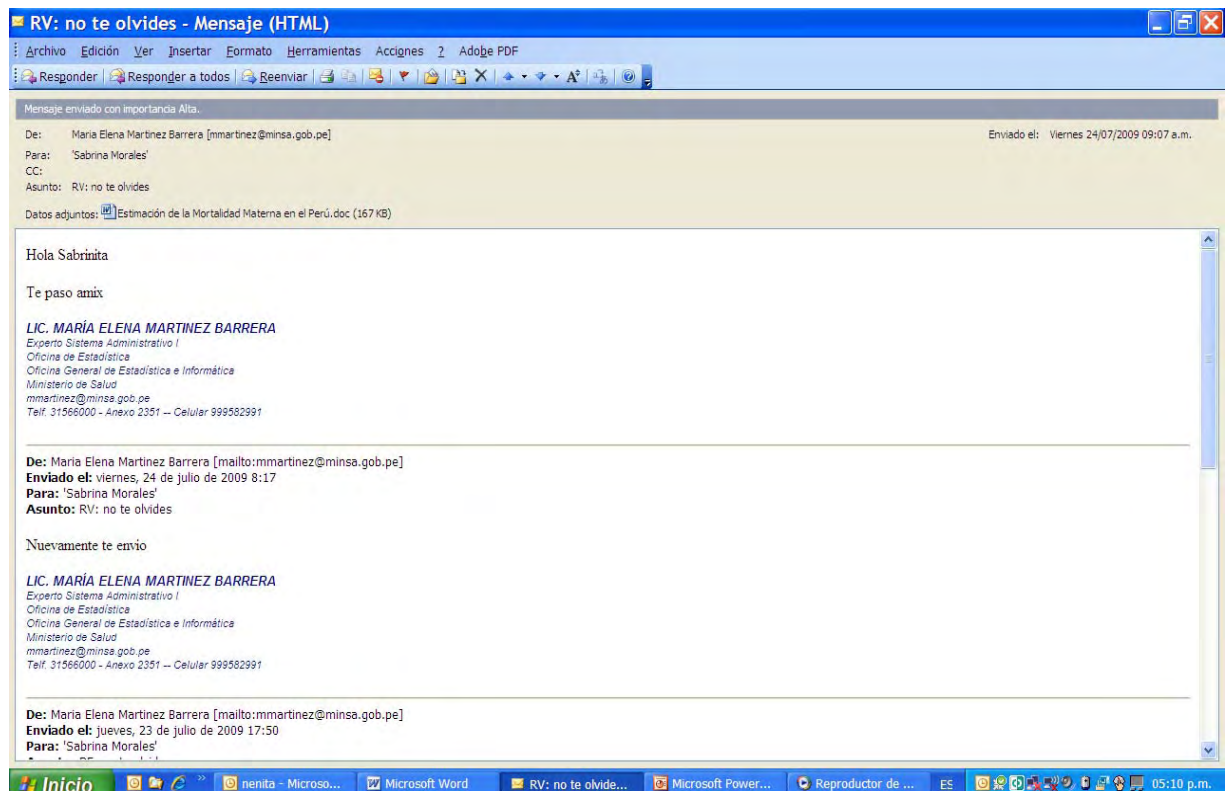
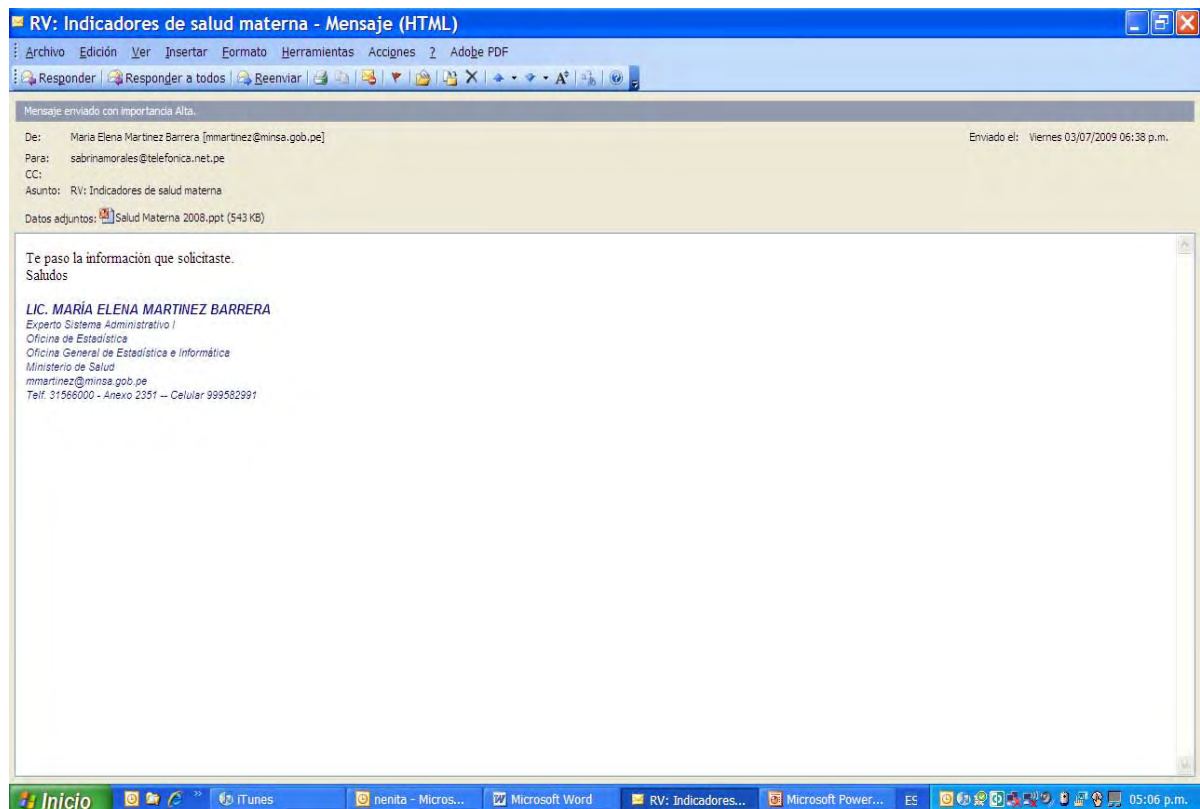
HOLA MARCO, POR FAVOR ELABORAR ESTA INFORMACION, Y LUEGO LE PASAS UYN CORREO CON COPIA A MI CONTESTANDOLE POR FIS

SABRI ESTOY FUERA DE LIMA, ESTOY ENCARGANDO A UNA PERSONA DE MI AREA PARA QUE TE FACILITE LA INFORMACION. BESITOS

NENITA

Inicio iTunes 5 Microsoft Office... Microsoft PowerP... ES 05:07 p.m.







**Sabrina Morales**

**De:** Estela Aurora Roeder Carbo [eroeder@sis.gob.pe]  
**Enviado el:** Martes, 08 de Septiembre de 2009 06:02 p.m.  
**Para:** sabrinamoraless@telefonica.net.pe  
**Asunto:** TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA - MORALES ALVARADO SABRINAYNES

Lima, 08 de setiembre de 2009

**CORREO N° 534-2009-SIS-GM**

Señorita

**MORALES ALVARADO SABRINA YNES**

**Presente.**

Referencia: Solicitud de fecha 07-09-09

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted en atención al documento de la referencia y en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, adjuntarle la información disponible de partos atendidos por el SIS, conforme a lo solicitado.

En cuanto al primer pedido, cabe precisar que, la información en general sobre mortalidad materna la maneja el Ministerio de Salud, ya que nosotros contamos únicamente con la información referente al SIS. Además, no recopilamos información sobre mortalidad materna por causa, pues este registro corresponde a la oficina de Epidemiología del Minsa.

En tal sentido, sugerimos que la información de mortalidad materna por causa, provincia y nivel de atención (en general) sea solicitado al Portal de Transparencia del Minsa, a fin de recaudar lo requerido.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


Lic. Estela Roeder Carbo  
Gerente de Mercadeo  
Seguro Integral de Salud  
Teléfonos 463-222 / 463-0233  
Anexo 2106

-----Mensaje original-----

**De:** sabrinamoraless@telefonica.net.pe [mailto:sabrinamoraless@telefonica.net.pe]  
**Enviado el:** lunes, 07 de septiembre de 2009 8:15

**Para:** eroeder@sis.gob.pe

**Asunto:** TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

<b>SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA</b>	
Texto Único Ordenado de Ley N° 27806 Ley de transparencia y Acceso a la información Pública, Aprobado por Decreto Supremo N° 043 - 2003 -PCM	
	
<b>1. FUNCIONARIO ENCARGADO DE BRINDAR INFORMACION</b>	
Gerente de Mercadeo	
<b>2. DATOS DEL SOLICITANTE</b>	
Apellidos y Nombres: MORALES ALVARADO SABRINA YNES	
Tipo de Documento: DNI	
Numero del documento: 07642263	
Domicilio Av/ Calle / Jr / Psje: AV JAVIER PRADO OESTE 555 DPTO 1501	
Departamento: LIMA	
Provincia: LIMA	
Distrito: SAN ISIDRO	
Correo Electronico: SABRINAMORALES@TELEFONICA.NET.PE	
Telefono: 4210979	
<b>3. INFORMACION REQUERIDA</b>	
Detalle: ESTIMADOS SEÑORES: APRECIARÉ ME ENVÍEN LA INFORMACIÓN SIGUIENTE: 1) MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS, PROVINCIA Y NIVEL DE ATENCIÓN DEL 2002 AL 2007 2) PARTOS (NORMAL Y CESÁREA) ATENDIDOS POR SIS DEL 2002 AL 2007 SALUDOS CORDIALES MG. SABRINA MORALES	
<b>4. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACION</b>	
Forma de entrega: Correo	

--  
Este mensaje ha sido analizado por **MailScanner**  
en busca de virus y otros contenidos peligrosos,  
y se considera que está limpio.  
MailScanner agradece a transtec Computers por su apoyo.

**Sabrina Morales**

---

**De:** Estela Aurora Roeder Carbo [eroeder@sis.gob.pe]  
**Enviado el:** Viernes, 07 de Agosto de 2009 04:31 p.m.  
**Para:** sabrinamorales@asppo.org  
**CC:** 'Mariella Rivera Franco'  
**Asunto:** TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA - MORALES ALVARADO SABRINA YNÉS

Lima, 06 de agosto de 2009

**CORREO N° 460-2009-SIS-GM**

Señorita

**MORALES ALVARADO SABRINA YNÉS**

**Presente.-**

Referencia: Solicitud de fecha 03-08-09

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted en atención al documento de la referencia y en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, adjuntarle la información referente a la Cobertura de partos y Mortalidad Materna por regiones, entre los años 2002 a 2007, según lo solicitado.

Cabe precisar que la información de mortalidad materna en estos años no se nos reportó con los detalles que permitan estadísticas de la causa de tales muertes. Por tal motivo, los cuadros que se le adjunta son elaborados con la información disponible en la institución.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Lic. Estela Roeder Carbo  
Gerente de Mercadeo  
Seguro Integral de Salud  
Teléfonos 463-222 / 463-0233  
Anexo 2106

-----Mensaje original-----

**De:** sabrinamorales@asppo.org [mailto:sabrinamorales@asppo.org]  
**Enviado el:** lunes, 03 de agosto de 2009 16:29  
**Para:** eroeder@sis.gob.pe  
**Asunto:** TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA



**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA**

Texto Único Ordenado de Ley N° 27806  
Ley de transparencia y Acceso a la información Pública,  
Aprobado por Decreto Supremo N° 043 - 2003 -PCM

**1. FUNCIONARIO ENCARGADO DE BRINDAR INFORMACION**

Gerente de Mercadeo

**2. DATOS DEL SOLICITANTE**

**Apellidos y Nombres:** MORALES ALVARADO SABRINA YNÉS

**Tipo de Documento:** DNI

**Numero del documento:** 07642263

**Domicilio Av/ Calle / Jr / Psje:** AV JAVIER PRADO OESTE 555 DPTO 1501

**Departamento:** LIMA

**Provincia:** LIMA

**Distrito:** SAN ISIDRO

**Correo Electronico:** SABRINAMORALES@ASPPO.ORG

**Telefono:** 4210979

**3. INFORMACION REQUERIDA**

APRECIARÉ MUCHO FACILITARME LA INFORMACIÓN SIGUIENTE DEL SIS: 1)  
COBERTURA NACIONAL DE ATENCIÓN A GESTANTES/PARTOS DEL AÑO 2002 AL 2007  
2) COBERTURA DE ATENCIÓN A GESTANTES/PARTOS POR DEPARTAMENTOS DEL AÑO  
**Detalle:** 2002 AL 2007 3) CASUÍSTICA DE MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTOS EN  
USUARIAS SIS 4) CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN USUARIAS SIS POR  
DEPARTAMENTOS DEL AÑO 2002 AL 2007, MUCHAS GRACIAS, ATENTAMENTE,  
SABRINA MORALES, M.G.S.S., D.C.S., UNMSM

**4. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACION**

Forma de entrega: Correo

--

Este mensaje ha sido analizado por **MailScanner**  
en busca de virus y otros contenidos peligrosos,  
y se considera que está limpio.  
MailScanner agradece a **transtec Computers** por su apoyo.